Yo, **IDELVI SELENA MINDIOLA ARENA**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

**1. DATOS GENERALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA | NU3 | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 900067105-8 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 44003312022 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 23 (día) | diciembre (mes) | 2022 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 27 (día) diciembre (mes) 2022 (año) | HASTA | 27 (día) noviembre (mes) 2023 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | RESPONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 25 (día) junio (mes) 2023 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 6 DE 11 |
| VALOR A PAGAR | $ 164.793.418,00 | EN LETRAS | CIENTO SESENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/TE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) mayo (mes) 2023 (año) | HASTA | 31 (día) mayo (mes) 2023 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL - CONTRIBUCIÓN CON | 823 | 21 | C-4102-1500-12-0-4102016-02 | 101 | A-02-02-02-009-003-03 | $ 164.793.418,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA**

**2.2 INFORMACION BANCARIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONSIGNAR EN EL BANCO: | BANCOLOMBIA S.A | NÚMERO DE CUENTA | 77772620228 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

Las EAS cumplió con todos los requisitos establecidos para el mes de mayo 2023 en el contrato de aportes N° 44003312022, información que fue revisada y aprobada por el supervisor del contrato como insumo requerido para el pago correspondiente al sexto (6) desembolso. Esta información reposa en el Centro Zonal Nazareth No 6.

**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - A | EN LETRAS | | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | CUOTA NÚMERO | | DE | |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

**PAGO CORRIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ | 164.793.418,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 164.793.418,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 164.793.418,00 |

**SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO**

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| IDELVI SELENA MINDIOLA ARENA | SUPERVISOR(A) | GUAJIRA | CENTRO ZONAL N0. 6 NAZARETH | |

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL**

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| BORIS ALBERTO CALDERON BARRANCO | APOYO FINANCIERO | GUAJIRA | CENTRO ZONAL N0. 6 NAZARETH | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| BORIS ALBERTO CALDERON BARRANCO | CENTRO ZONAL N0. 6 NAZARETH | | 25/06/2023 |

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS**

**RECEPCIÓN DOCUMENTOS**

| NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

**DEVOLUCIONES**

| NOMBRE QUIÉN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

**RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN**

| NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |


LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Barranquilla, 07 de junio de 2023

CUENTA DE COBRO No 207

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT: 899.999.239-2
AK 68 No. 64 C 75

DEBE A

NU3
NIT: 900.067.105-8

La suma de $164.793.418 (ciento sesenta y cuatro millones setecientos noventa y tres mil cuatrocientos dieciocho pesos m/cte.)

Por concepto: Ejecución del contrato No. 44003312022 correspondiente al mes de mayo de 2023.

Cordialmente,

**CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO**
**Representante legal**

alimenta cuerpo y alma

# CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE TALENTO HUMANO

Barranquilla, 07 de junio de 2023

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Regional Guajira

Yo, **Mayenis Del Carmen De la Rosa Méndez**, identificado con cédula de ciudadanía No. 22.735.822 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto de pago a todo el talento Humano, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de mayo del año 2023.

Se expide la presente certificación a los 07 días del mes de junio de 2023 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía

Atentamente,

**MAYENIS DEL CARMEN DE LA ROSA MÉNDEZ**
C.C. No. 22.735.822
T.P. No. 153116 – T

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

alimenta cuerpo y alma

# CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Barranquilla, 07 de junio de 2023

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Regional Guajira

Yo, **Mayenis Del Carmen De la Rosa Méndez**, identificado con cédula de ciudadanía No. 22.735.822 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ y SALVO por todo concepto con los proveedores de bienes y servicios, asociados a los proyectos y convenios con el ICBF, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de mayo de 2023.

3. Certifico que nu3 manejo los procedimientos necesarios para verificar el pago de la SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, del personal contratista por orden de servicio o por cuenta de cobro.

Se expide la presente certificación a los 07 días del mes de junio de 2023 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía

Atentamente,

**MAYENIS DEL CARMEN DE LA ROSA MÉNDEZ**
C.C. No. 22.735.822
T.P. No. 153116 – T

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

alimenta cuerpo y alma

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES, RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES**

Barranquilla, 07 de junio de 2023

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Regional Guajira

Yo, **Mayenis Del Carmen De la Rosa Méndez**, identificado con cédula de ciudadanía No. 22.735.822 de la ciudad de Barranquilla, en mi calidad de Revisor Fiscal de la entidad contratista **NU3,** identificada con NIT No. 900.067.105-8, certifico que:

1. He efectuado los procedimientos de revisión que he considerado pertinentes, de acuerdo con las normas de auditoria aceptadas en Colombia, con el propósito de verificar el pago efectuado por la Compañía por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para el mes de mayo de 2023.

2. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la administración de la Compañía como parte de su gestión. Mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de Julio de 2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de la mencionada obligación de pago.

3. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía la información que he considerado necesaria.

4. He verificado el pago de los aportes a los sistemas descritos en el párrafo 1, de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, e informamos que la compañía ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales, correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo.

5. Conforme se ha señalado en el artículo 244 de la ley 1955 de 2017, *los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA*).

6. Con base en lo indicado en el numeral 5 anterior y de conformidad con los plazos establecidos para el pago de aportes de los trabajadores independientes, me permito confirmar que, a la fecha de emisión de este certificado, el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, se encuentra corriente con sus obligaciones relacionadas con los pagos al sistema de seguridad social en salud y pensiones correspondientes al mes de mayo de 2023.

Se expide la presente certificación a los 07 días del mes de junio de 2023 en la ciudad de Barranquilla por solicitud de la administración de compañía

Atentamente,

**MAYENIS DEL CARMEN DE LA ROSA MÉNDEZ**
C.C. No. 22.735.822
T.P. No. 153116 – T

Elaborado por: Asistente Contable
Revisado por: Directora Administrativa y Financiera

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4C6511F508168A36

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MAYENIS DEL CARMEN DE LA ROSA MENDEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 22735822 de BARRANQUILLA (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 153116-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ******************************
*************************************************************
************************************************************

Dado en BOGOTA a los 29 días del mes de Mayo de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



FIRMA DEL TITULAR 78379

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

153116-T

MAYENIS DEL CARMEN
DE LA ROSA MENDEZ
C.C. 22735822
RESOLUCION INSCRIPCION 283 FECHA 23/09/2010
UNIVERSIDAD LIBRE

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
22.735.822
NUMERO

DE LA ROSA MENDEZ
APELLIDOS

MAYENIS DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-DIC-1982
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-MAY-2001 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0300100-22132721-F-0022735822-20071002 00468 07276L 02 156180824

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14849942933

(415)7707212489984(8020) 000001484994293 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 6 7 1 0 5 | 8 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social
NU3

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | NU3 |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 60 74 35

42. Correo electrónico nu3@nu3.org.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 0 8 0 0 0 1 | 3 5 6 7 5 5 3 | 3 1 6 5 6 1 0 7 3 1 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 9 4 9 9 | 2 0 0 6 0 1 2 0 | 8 2 9 9 | 2 0 1 4 1 1 1 1 | | | | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 7 | 8 | 1 | 0 | 1 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 8 | 5 | 2 | 5 | 5 | | | | | | | | | |

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
08- Retención timbre nacional
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | 2 2 | 2 3 | | | | | | | | |

| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 08 - 17 / 14 : 35: 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14849942933

(415)7707212489984(8020) **000001484994293 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 6 7 1 0 5 | 8 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 2 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o insitutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | 1 6 | 70. Beneficio | 2 |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 1 | 0 1 |
| 72. Número | 0 0 0 0 1 | 2 4 |
| 73. Fecha | 2 0 0 5 1 0 1 4 | 2 0 2 0 0 7 0 1 |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | 0 3 |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 6 0 1 3 0 | 2 0 2 0 0 8 2 4 |
| 77. No. Matrícula mercantil | 9 0 0 0 0 0 7 7 0 0 | 7 7 0 0 |
| 78. Departamento | 0 8 | 0 8 |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | 3 |

Vigencia

| | |
|---|---|
| 80. Desde | 2 0 0 5 1 0 1 4 |
| 81. Hasta | 3 0 0 9 1 2 3 1 |

**Composición del Capital**

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 1 0 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 5 0 1 0 1 | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Representación

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14849942933

(415)7707212489984(8020) **000001484994293 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 6 7 1 0 5 | 8 | Impuestos de Barranquilla | 2 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 1 6 0 4 1 4 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 1 4 0 8 1 8 8 7 0 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DURAN | LIZARAZO | CINDY | MARCELA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 1 9 0 5 2 3 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 5 5 2 3 0 6 2 2 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SOTO | GOMEZ | IRENE | MASIEL |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL SUPL 1 9 | 2 0 2 2 0 1 2 7 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 5 3 1 7 9 0 5 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MEJIA | BALLESTEROS | CHARY | MAR |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14849942933

(415)7707212489984(8020) **000001484994293 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 6 7 1 0 5 | 8 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

| | 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad | 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres | 119. Razón social | 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudada 1 3 | 7 2 3 1 0 6 2 0 | | COLOMBIA 1 6 9 | LERNER | SCHRAER | SAMUEL | RICARDO | | | | 2 0 1 6 0 3 1 4 | |
| 2 | Cédula de Ciudada 1 3 | 7 2 3 1 1 9 7 3 | | COLOMBIA 1 6 9 | BECERRA | GOMEZ | JOHN | DAVID | | | | 2 0 1 8 0 6 2 6 | |
| 3 | Cédula de Ciudada 1 3 | 2 2 4 1 9 3 9 7 | | COLOMBIA 1 6 9 | ZYLBERBLUM | RAIS | FRANCIS | SILVIA | | | | 2 0 0 5 1 0 1 4 | |
| 4 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 8 6 6 3 6 7 5 | | COLOMBIA 1 6 9 | DE LA ROSA | MANOTAS | MANUEL | JOSE | | | | 2 0 1 6 0 3 1 4 | |
| 5 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 7 2 0 0 1 7 9 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | CERTAIN | ARRAZOLA | ALBERTO | MARIO | | | | 2 0 0 5 1 0 1 4 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14849942933

(415)7707212489984(8020) **000001484994293 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 6 7 1 0 5 | 8 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

**Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales**

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 3 2 6 4 1 3 5 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SCHRAER | REMBAUM | MONICA | RAQUEL |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 5 1 0 1 4 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 7 5 1 0 2 2 4 7 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OCAMPO | GONZALEZ | BRUNO | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 1 8 0 6 2 6 | |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 2 2 4 0 3 1 5 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CERTAIN | DUNCAN | MARIA | DEL SOCORRO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 5 1 0 1 4 | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 3 2 6 5 8 7 1 1 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OROZCO | GOMEZ | BEATRIZ | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 5 1 0 1 4 | |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14849942933

(415)7707212489984(8020) **000001484994293 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 9 0 0 0 6 7 1 0 5 | 8 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 2 7 3 5 8 2 2 | | 1 5 3 1 1 6 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DE LA ROSA | MENDEZ | MAYENIS | DEL CARMEN |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 8 0 3

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 7 2 2 7 4 1 6 0 | | 1 5 3 1 1 8 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MEZA | RESTREPO | JONATAN | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 8 0 3

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 2 5 7 0 1 4 6 | | 1 2 7 8 8 0 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARAGON | GONZALEZ | AMPARO | ARAMINTA |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 6 0 8 0 1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificado
# Bancario

Martes, 28 de febrero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NU3 identificado(a) con NIT 900067105, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 77772620228 | 2017/02/16 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

**FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 44003312022**

**INFORME MENSUAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Período del informe: | MAYO | Número de contrato/convenio: | 44003312022 |
| Tipo de contrato/convenio: | APORTE | Fecha suscripción contrato/convenio: | 23/12/2022 |
| Valor Inicial del contrato/convenio: | $ 2.475.579.849 | Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo): | 27/11/2022 |

Objeto: CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y LA ATENCIÓN DEL BAJO PESO EN MUJERES GESTANTES, EL BAJO PESO AL NACER Y EL RETRASO EN TALLA, MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE CONDICIONES ADECUADAS DE NUTRICIÓN Y SALUD, Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES FAMILIARES PARA LA GENERACIÓN DE ENTORNOS PROTECTORES EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.

Alcance del objeto (si aplica)

**2. Datos supervisor**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio) | IDELVI SELENA MINDIOLA ARENA | Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio) | CELMIRA ALEXANDRA IGUARAN QUIJADA |
| Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica) | IDELVI SELENA MINDIOLA ARENA | Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica) | 29/12/2022 |
| Nombre Supervisor ICBF (para efectos de liquidación) | | Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica) | N/A |
| Otros supervisores **(*)** | | Cargos de otros supervisores | |

***(*)*** *Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.*

**3. Datos contratista**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Contratista: | NU3 | Cédula o NIT: | 900067105 |
| Dirección: | cra 60 N°74-35 Barranquilla | Correo electrónico: | asistente.direccion@nu3.org.co |
| Representante Legal que suscribió el contrato/convenio: | CINDY MARCELA DURAN LIZARAZO | Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación **(i):** | |
| Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal **(i)**: | | | |

***(i)*** *Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación.*

**4. Plazo de duración del contrato/convenio**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Desde cuándo: | 27/12/2022 | Hasta cuándo: | 27/11/2023 |
| Fecha aprobación pólizas: | 27/12/2022 | Fecha expedición R.P.: | 2/12/2022 |
| Fecha acta de inicio: | 27/12/2022 | Fecha inicio del contrato/convenio: | 27/12/2022 |
| Fecha documento de Prórroga (si aplica): | N/A | Prorrogado hasta cuándo (si aplica): | N/A |
| Fecha aprobación póliza de la prorroga: | N/A | Fecha de terminación: | 27/11/2023 |

*Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.*

**5. Información presupuestal**

| | | |
|---|---|---|
| Valor Inicial del contrato/convenio | **$** | **2.475.579.849,00** |
| Aporte ICBF | $ | 2.062.983.207,00 |
| Aporte Contratista (si aplica) | $ | 412.596.642,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. de CDP: | 53622 | Fecha CDP: | 2/12/2022 | Valor de CDP: | $ 178.466.019,00 |
| No. de RP: | 320822 | Fecha RP: | 24/12/2022 | Valor de RP: | $ 178.466.019,00 |
| **VIGENCIA FUTURA** | | | | | |
| No. de CDP: | 823 | Fecha CDP: | 3/01/2023 | Valor de CDP: | $ 1.884.517.188,00 |
| No. de RP: | 823 | Fecha RP: | 3/01/2023 | Valor de RP: | $ 1.884.517.188,00 |

**(+) ADICIONES**

Fecha Documento Adición: _____ Valor Adición: _____

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No.CDP Adición: | | Fecha CDP Adición: | | Valor CDP Adición: | |
| No. de RP Adición: | | Fecha RP Adición: | | Valor RP Adición: | |

Valor adición aporte contratista: _____

Fecha aprobación póliza de la adición _____

*Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.*



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**(-) DISMINUCIONES**

**Liberacion 1**

Fecha Documento Disminución: _____ Valor disminución : _____

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No.CDP disminución : _____ Fecha CDP disminución : _____ Valor CDP disminución : _____
No. de RP disminución : _____ Fecha RP disminución : _____ Valor RP disminución : _____

**(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)** _____

Valor anticipo (si aplica): _____ Fecha pago anticipo (si aplica): _____
Porcentaje amortización (si aplica): _____ Período facturado: _____

Forma de Pago:

El valor correspondiente al 2022, previa entrega del informe de las actividades desarrolladas en el periodo y la certificación del supervisor del ICBF.
En el año 2023, los valores se cancelarán en mensualidades vencidas, de acuerdo con el número de usuarios realmente atendidos, previa entrega de todos los informes y soportes estipulados en el manual operativo, certificado de pago de seguridad social y parafiscales, y la certificación del supervisor del ICBF. El último pago estará sujeto, además, a la presentación de una certificación de entrega de los elementos de dotación adquirida con recursos del ICBF, por parte del Contratista al supervisor del contrato.
PARÁGRAFO PRIMERO: Lo correspondiente al valor de la reposición de dotación (o dotación inicial) se cancelará en el mes de ejecución de la vigencia 2023 en que sean adquiridos los elementos, según corresponda, de acuerdo con los gastos en que se incurran bajo este concepto (mes vencido) y acorde con la presentación de los respectivos soportes por parte del CONTRATISTA. Exigir a la Entidades Administradoras de Servicios (Operadores) que para cada desembolso se presente el listado completo de los usuarios que hayan sido atendidos hasta la fecha de corte, garantizando la coherencia entre la información reportada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras y el sistema de información CUÉNTAME.
El certificado de coberturas que refleje el número de usuarios que hayan sido atendidos hasta la fecha de corte, debe guardar unicidad entre la información reportada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras (Atenciones e inversión) y el sistema de información CUÉNTAME.
El informe de ejecución financiera para cada desembolso debe reflejar coherencia entre la información de valores obligados registrados mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras.
PARÁGRAFO SEGUNDO: Los pagos estarán sujetos al cumplimiento del reporte del 100% de la información en el Sistema de Información establecido por el ICBF del mes inmediatamente anterior a la presentación de la cuenta.
PARÁGRAFO TERCERO: Los pagos se realizarán dentro de los 30 días calendario siguientes a la radicación de la factura -la cual deberá presentarse por El Contratista dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización del mes,. Adicionalmente, El Contratista deberá presentar para cada pago: a) Soporte de focalización de usuarios; b) relación de usuarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de usuarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional y Alimento Listo para el Consumo; e) Informe de casos remitidos al sector salud y seguimiento con los respectivos soportes de las remisiones efectuadas en el mes; f) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; g) Certificación del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El Contratista para la modalidad, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; h) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; i) Certificación del pago al equipo de la modalidad, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; j) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; k) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El Contratista de acuerdo con lo establecido en el manual operativo de la modalidad; l) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal del Contratista y con constancia de pago en la Entidad Bancaria.
PARÁGRAFO CUARTO: Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para este solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.
PARÁGRAFO QUINTO: Para cada pago, la EAS deberá presentar los soportes de la ejecución de la contrapartida, para lo cual debe anexar lo siguiente: (a) aprobación de la ejecución de la contrapartida; (b) avances de ejecución de la contrapartida; (c) soportes financieros de ejecución de la contrapartida. Lo anterior conforme a lo establecido en el acta del primer comité técnico operativo.
PARÁGRAFO SEXTO: Todos los pagos se realizarán conforme al PAC del ICBF.

**6. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)**

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No. _____ de ____, consistente en _____ (cantidad) contratos, suscritos por _____ (contratante), con el fin de _____ (objeto). De igual manera allega relación de dicha contratación, en _____ folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

*Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente.*

**7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor**

| Periodo certificado | Fecha de certificación | Valor pagado | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1 | 16/03/2023 | $ 177.208.236,00 | PRIMER DESEMBOLSO ETAPA ALISTAMIENTO |
| 2 | 10/03/2023 | $ 169.521.110,00 | SEGUNDO DESEMBOLSO |
| 3 | 25/04/2023 | $ 161.640.900,00 | TERCER DESEMBOLSO |
| 4 | 25/04/2023 | $ 171.939.101,00 | CUARTO DESEMBOLSO |
| 5 | 24/05/2023 | $ 171.098.433,00 | QUINTO DESEMBOLSO |
| 6 | 25/06/2023 | $ 164.793.418,00 | SEXTO DESEMBOLSO |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| TOTALES | | $ 1.016.201.198,00 | |

**8. Pagos Efectuados según estado de cuenta o información suministrada por la Dirección Financiera**

| Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago | Valor de desembolsos según minuta contractual (A) | Valor pagado o desembolsado (B) | Diferencia (A-B) | Fecha y número de la orden de pago correspondiente | | Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 178.466.019,00 | $ 177.208.236,00 | $ 1.257.783,00 | 77672623 | 2023-03-23 | |
| 2 | $ 171.319.744,36 | $ 169.521.110,00 | $ 1.798.634,36 | 77672623 | 2023-03-23 | |
| 3 | $ 171.319.744,36 | $ 161.640.900,00 | $ 9.678.844,36 | 123072123 | 2023-04-28 | Nota (5): Con el fin de establecer el flujo de pagos mensual, se deberá dividir el valor presentado en la celda "B46" Total Unidad de Servicio entre 11. El valor resultante de esta división corresponderá al valor |
| 4 | $ 171.319.744,36 | $ 171.939.101,00 | -$ 619.356,64 | 123072223 | 2023-04-28 | |
| 5 | $ 171.319.744,36 | $ 171.098.433,00 | $ 221.311,36 | 159237923 | 2023-05-30 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | $ 171.319.744,36 | $ 164.793.418,00 | $ 6.526.326,36 | 199699623 | 2023-06-30 | **del flujo de pagos para cada mes entre enero a noviembre 2023. A manera de claridad, en la modalidad de nutrición la canasta de 1.000 días para cambiar el mundo es variable por la rotación de beneficiarios que tiene el programa, es por esto, que los desembolsos no van a coincidir con el flujo de pago.** |
| 7 | $ 171.319.744,36 | $ - | $ 171.319.744,36 | | | |
| 8 | $ 171.319.744,36 | $ - | $ 171.319.744,36 | | | |
| 9 | $ 171.319.744,36 | $ - | $ 171.319.744,36 | | | |
| 10 | $ 171.319.744,36 | $ - | $ 171.319.744,36 | | | |
| 11 | $ 171.319.744,36 | $ - | $ 171.319.744,36 | | | |
| 12 | $ 171.319.744,36 | $ - | $ 171.319.744,36 | | | |
| **TOTALES** | **$ 2.062.983.207** | **$ 838.992.962,00** | **$ 1.046.782.009** | | | |

## 9. Descuentos/Liberaciones/Reducciones al valor (si aplica)

| Fecha Descuento/Liberación/Reducción | Valor Descuento/Liberación/Reducción | Concepto Descuento/Liberación/Reducción |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| **TOTAL** | | |

## 10. Reintegros efectuados (si aplica)

| Fecha reintegro | Valor reintegro | Comprobante reintegro | Concepto reintegro |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## 11. Resumen ejecución presupuestal acumulado (aplica también para informe final)

| Concepto | | Valor |
|---|---|---|
| **Valor Inicial del convenio o contrato** | Aporte inicial en dinero por EL ICBF | $ 2.062.983.207,00 |
| | Aporte inicial en especie por EL ICBF | $ 149.092.098 |
| | Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA | $ 412.596.642,00 |
| | Aporte inicial en especie por CONTRATISTA | $ - |
| | **Total** | $ 2.475.579.849,00 |
| **Valor adiciones** | Adición aporte ICBF | $ - |
| | Adición aporte CONTRATISTA | $ - |
| | **Total** | $ - |
| **Valor disminuciones** | Disminuciones aporte ICBF | $ - |
| | Disminuciones aporte CONTRATISTA | $ - |
| | **Total** | $ - |
| **Valor total del convenio o contrato** | Aporte dinero por EL ICBF | $ 2.062.983.207,00 |
| | Aporte en especie por EL ICBF | $ 149.092.098 |
| | Aporte en dinero por CONTRATISTA | $ 412.596.642,00 |
| | Aporte en especie por CONTRATISTA | $ - |
| | **Total** | $ 2.475.579.849,00 |
| Valor total pagado por el ICBF | | $ 1.016.201.198,00 |
| Valor total ejecutado recursos del ICBF | | $ 1.016.201.198,00 |
| Recursos reintegrados al ICBF | | $ - |
| Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica)* | | $ - |
| Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA | | $ 127.505.062,00 |
| Saldo pendiente por reintegrar al ICBF | | $ - |
| Saldo Pendiente por Pagar | | **$ 1.046.782.009,00** |
| Saldo pendiente por liberar ** | | $ - |

** Para el informe fina,l debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Finaciera que avale dichas consignaciones.*

*** El saldo pendiente por liberar corresponde a recursos no ejecutados por el contratista por concepto inejecuciones por inicio tardío del contrato*

Fecha estado de cuenta 14/08/2023

## 12. Garantías

| Amparos | Compañía aseguradora | No. de póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde | Hasta |
| **Cumplimiento del contrato** | **SURAMERICANA** | **3523241-4** | **23/12/2022** | **23/05/2024** |
| **Calidad del Servicio** | | | **23/12/2022** | **23/11/2026** |
| **Pagos de Salarios y Prestaciones Sociales Legales e Indemnizaciones laborales** | | | **23/12/2022** | **23/05/2024** |
| **Responsabilidad Civil Extraontractual deribada del Cumplimiento** | | | **23/12/2022** | **23/11/2023** |

***Nota:*** *Es necesario ingresar las garantías de las modificaciones realizadas al contrato. Así mismo, la garantía de estabilidad de obra, debe estar previamente aprobada por la Dirección de Contratación o las Coordinaciones Jurídicas en las Regionales del ICBF, según sea el caso.*

## 13. Sanciones

Marque con una "X" el tipo de sanción impuesta al contratista.

| Tipo de Sanción (seleccionar con una x) | | | Número y fecha del acto administrativo que resuelve el proceso administrativo sancionatorio contractual. | Número y fecha del acto administrativo que resolvió el recurso ( si aplica ) | Fecha de ejecutoria del proceso administrativo sancionatorio contractual. | Valor de la sanción impuesta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Multa. (art. 17 Ley 1150 de 2007) | | | | | | |
| Declaratoria de incumplimiento con cobro de | Total | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| perjuicios. (art. 17 Ley 1150 de 2007) | Parcial | | | | | |
| Caducidad (art. 14, 18. Ley 1150 de 2007) | | | | | | |

**14. Cumplimiento de Obligaciones**

| Cumplimiento de Obligaciones | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| **I. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** 1. Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente. | SI | informe tecnico | |
| 2. Presentar la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato o convenio.. | SI | oficinas de la EAS | |
| 3. Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. | SI | informe tecnico | |
| 4. Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requerido para la realización de sus | SI | alistamiento | |
| 5. Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio | SI | Hojas de vda | |
| 6. Informar al ICBF los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral – ATEL del personal a cargo del operador/contratista, reportados a la ARL y EPS, durante el plazo de ejecución del contrato o convenio. | N/A | N/A | |
| 7. Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias. | SI | PLAN DE SEGURIDAD EAS | |
| **II. GESTIÓN DE CALIDAD:** 1. Asegurar que el personal requerido para la prestación del servicio cuente con el perfil de: Educación (formal: primaria, secundaria, pregrado, posgrado), formación (cursos específicos de la actividad a desarrollar como diplomados, seminarios, talleres entre otros) o experiencia para garantizar la óptima prestación del servicio. | SI | HOJAS DE VIDA | |
| 2. Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos, Políticas y Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. | SI | alistamiento | |
| 3. Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio o bien adquirido. | SI | BUZON PQRS | |
| 4. Demostrar mediante evidencias la implementación de acciones de mejora (correctivas o preventivas frente a cualquier situación que afecte la prestación del servicio) que permita tomar las decisiones a que haya lugar o experiencia exitosas que de muestren la mejora en la prestación de servicio. | N/A | N/A | |
| 5. Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, denuncias, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias, en el marco de la ejecución del objeto contractual. | N/A | N/A | |
| 6. Asegurar que los equipos de medición propios utilizados para el cumplimiento del objeto contractual o convenio cuentan con certificaciones iniciales de calibración y sus verificaciones intermedias. | SI | EQUIPOS ANTROPOMETRICOS DELA EAS Y ELCZ | |
| 7. Contar con un registro de los documentos utilizados para la operación del servicio y de ser necesario, deberá presentar el control de los cambios realizados. | SI | Oficina EAS | |
| **III. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:** 1. Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato. | SI | CUENTAME | |
| 2. Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato. | SI | CONTRATO DE PRSTACION DE SERVICIOS | |
| 3. Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato. | N/A | N/A | |
| 4. Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este. | N/A | N/A | |
| **IV. EJE DE GESTIÓN AMBIENTAL:**1. Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad. | N/A | N/A | |
| 2. Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente. | SI | RFPP | |
| 3. Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio. Así como las evidencias del cumplimiento de los requerimientos establecidos en dichos documentos.. | SI | CONTRATO EAS | |
| 4. Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | PLAN DE SANEAMIENTO BASICO | |
| 5.Formular e implementar Plan de Gestión Ambiental de acuerdo con los aspectos, impactos y requisitos ambientales asociados a la ejecución del contrato. | SI | PLAN DE SANEAMIENTO BASICO | |
| **Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |



LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.Cumplir con el objeto del contrato, de conformidad con lo establecido en la totalidad de los lineamientos, manuales, documentos técnicos, condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad dispuestas en la página web del ICBF que se encuentren vigentes al momento de su celebración, las que se expidan con posterioridad, así como sus respectivas actualizaciones, los cuales hacen parte integral del presente contrato y son de obligatorio cumplimiento y conocimiento por parte del CONTRATISTA y el talento humano que éste vincule para la prestación del servicio, con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. | SI | informe tecnico | |
| 2. Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas y mujeres gestantes atendidas. | SI | F4 | |
| 3. Guardar absoluta reserva y confidencialidad sobre la información y los documentos del ICBF de los cuales tenga conocimiento o tenga acceso en virtud o con ocasión del presente contrato. | SI | CUENTAME | |
| 4. Mantener actualizado y disponible en el expediente contractual la información técnica, administrativa, financiera y jurídica relacionada con la ejecución del contrato de aporte. | SI | informe tecnico | |
| 5. Participar y apoyar al ICBF en todas las reuniones a las que este lo convoque relacionadas con la ejecución del contrato. | SI | Actas | |
| 6. Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato. | SI | carpetas de usuarios | |
| 7. Presentar la cuenta de cobro o factura de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con los informes de ejecución técnica, administrativa y financiera requeridas y los soportes físicos y digitales de acuerdo con los términos y especificaciones establecidos en el presente contrato y en el Manual Operativo. | SI | Financiero | |
| 8. Presentar mensualmente ante el supervisor del contrato, las certificaciones de pago a proveedores. | SI | Financiero | |
| 9. Mantener las facturas y demás soportes que cumplan con las exigencias establecidas por la legislación comercial colombiana, estos soportes podrán ser solicitados en cualquier momento por el supervisor del contrato. | SI | Financiero | |
| 10. Mantener correctamente actualizados cada uno de los sistemas de información determinados por el ICBF en desarrollo de sus obligaciones contractuales. | SI | informe tecnico | |
| 11. Disponer de una cuenta bancaria y contable independiente para el manejo de los recursos aportados por el ICBF. Los rendimientos financieros que estos recursos puedan generar deben ser reintegrados a la cuenta que la Dirección del Tesoro Nacional disponga. | SI | SECOP II | |
| 12. Solicitar autorización, de manera previa y por escrito, al supervisor del contrato para que se permita el ingreso al lugar donde se brinda el servicio, de personal que no hagan parte de la normal ejecución del contrato. | SI | Concertacion | |
| 13. Asumir un buen trato con los demás colaboradores internos y externos del ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia. | N/A | N/A | |
| 14. Enviar en medio magnético y físico, según corresponda, a los supervisores del contrato, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al vencimiento del plazo de ejecución del mismo, todos los soportes de las actividades realizadas en el marco del contrato, las fuentes de verificación y los formatos definidos en el Manual Operativo, que den cuenta de la atención a la población beneficiaria. | SI | informe tecnico | |
| 15.Garantizar la gratuidad de la atención de los beneficiarios en la modalidad. | SI | informe tecnico y financieros | |
| 16.En los eventos de suspensión o interrupción unilateral del servicio, imputable al Contratista este deberá dar las explicaciones soportadas, sobre la suspensión o interrupción del servicio. El contratista contará con un plazo de 1 día hábil para dar esa explicación al supervisor. Vencido ese plazo, sin obtener respuesta o que la misma no resulte satisfactoria para el supervisor, el ICBF dará aplicación al procedimiento descrito en la cláusula 20 denominada “sanciones por incumplimiento”. | N/A | N/A | |
| 17.Cumplir con las demás que se deriven de la naturaleza del presente contrato y que garanticen su cabal y oportuno cumplimiento. | SI | informe tecnico y financieros | |
| **Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| 1. Garantizar todos los recursos técnicos, logísticos y administrativos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones pactadas. | SI | informe tecnico | |
| 2. Disponer de un espacio físico para la ubicación del equipo de trabajo, de conformidad con lo establecido en el manual operativo; en caso de no contar con este, gestionarlo ante la Entidad Territorial con el apoyo de la Dirección Regional o Centro Zonal de ICBF del área de influencia. | SI | informe tecnico | |
| 3. Realizar la identificación de actores claves del territorio con el fin de articular acciones en el proceso de atención de los beneficiarios. | SI | Actas | |
| 4. Disponer de un espacio físico para el almacenamiento de los AAVN, de conformidad con lo establecido en la Guía de Almacenamiento en Puntos de Entrega de Alimentos de Alto Valor Nutricional del ICBF, lo cual se verificará por la supervisión del contrato, en la etapa de alistamiento.. | SI | BODEGA EAS | |
| 5. Presentar a lsupervisor de contrato durante los cinco (5) días siguientes al cumplimiento de los requisitos de ejecución y suscripción del acta de inicio del contrato, las fichas técnicas de los alimentos con los respectivos registros sanitarios, para la revisión y aprobación por parte del supervisor. Así mismo, deberá presentar la información de los proveedores de alimentos en el formato establecido por el ICBF en el que se evidencie su respectivo registro sanitario. | SI | Actas | |
| 6. Garantizar el cumplimiento de la Resolución No. 333 de 2011 expedida por el Ministerio de Salud y de Protección Social y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, referida a requisitos de rotulado o etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano. | SI | Fichas Tecnicas | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7. Brindar atención la población objeto de la modalidad, de conformidad con las orientaciones emitidas desde la Dirección de Nutrición y que EL CONTRATISTA declara conocer, durante el plazo del presente contrato, así: UDS 3 MUNICIPIO DE URIBIA CUPO 450 USUARIO 450 | SI | UDS | |
| 8. Garantizar el cumplimento de todas las actividades relacionadas con la ETAPA DE ALISTAMIENTO, de conformidad con lo establecido en el Manual Operativo, sus anexos técnicos, operativos y sus actualizaciones. | SI | informe tecnico | |
| 9. Realizar todas las actividades contenidas en la ETAPA DE DESARROLLO, con estricto cumplimiento del Manual Operativo, sus anexos técnicos, operativos y sus actualizaciones, que incluyen las acciones desde los componentes de Fortalecimiento Familiar como Entorno Protector en el marco de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, Hábitos de Estilo de Vida Saludables, y Complementación alimenta, como ejes de la atención para garantizar un adecuado estado de salud y nutrición de la población beneficiaria. | SI | informe tecnico | |
| 10. Dejar registro documental y fotográfico que evidencie el proceso de mejoramiento del estado nutricional de los beneficiarios de acuerdo con lo establecido en el Manual Operativo, cumpliendo con la normatividad vigente relacionada con la reserva de la identidad, el procedimiento de registro y actualización de bases de datos personales del ICBF. | SI | informe tecnico | |
| 11. Garantizar el cumplimento de todas las actividades relacionadas con la ETAPA DE EGRESO, de conformidad con lo establecido en el Manual Operativo, sus anexos técnicos, operativos y sus actualizaciones. | SI | CUENTAME | |
| 12. Coordinar con las modalidades de atención a la Primera Infancia u otra oferta social disponible en el territorio, la remisión de los niños y niñas una vez egresan de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo. | SI | informe tecnico | |
| 13. Coordinar con las instituciones de salud local y administración municipal, acciones en detección, evaluación y tratamiento clínico y ambulatorio de los niños y niñas con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda, mujeres gestantes con bajo peso, efectuando remisión y contra remisión en los casos que se requieran. | SI | OFICIOS | |
| 14. Cumplir las orientaciones que sean definidas por el ICBF en relación con estrategias de fortalecimiento interinstitucional y/o intersectorial para el mejoramiento de las condiciones nutricionales de los niños, niñas y mujeres gestantes, población objeto de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo. | SI | informes tecnicos | |
| 15. En caso de presentarse casos de muerte de usuarios por desnutrición o asociada a ella, o por cualquier otra causa, durante la ejecución de la modalidad, se deberá comunicar al supervisor del contrato de manera inmediata y presentar un informe detallado en el término máximo de 48 horas después de ocurrido el evento. Los informes deben ser presentados de manera individual por cada caso presentado y de acuerdo con el formato establecido por el ICBF. | SI | Informe de fallecimiento | |
| 16. Coordinar con los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en el nivel territorial, la prestación del servicio, en el caso de presentarse problemas de orden público, desplazamientos masivos y emergencias por desastres naturales y de carácter excepcional. | N/A | N/A | |
| 17. Generar e implementar durante la ejecución del contrato las acciones preventivas y correctivas a partir de los resultados del seguimiento y supervisión, efectuado al Contratista. | SI | REQUERIMIENTOS | |
| 18. Dar estricto cumplimiento a los protocolos establecidos en la Resolución No. 666 del 24 de abril de 2020 del Ministerio de Protección Social modificada por la Resolución No. 223 del 25 de febrero de 2021 o la que se encuentre vigente, por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19, y la demás normatividad vigente establecida por las autoridades del orden Nacional, Departamental, Municipal o Institucional (ICBF), sobre el particular. | SI | informes tecnicos | |
| 19. Promover la vacunación contra el COVID-19, de acuerdo con las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en mujeres gestantes, niños y niñas menores de cinco (5) años, atendidos en la modalidad. | SI | CARNE DE VACUNAS DE USUARIOS EN SUS CARPETAS (CZ) | |
| 20. SEGUIMIENTO, REGISTRO Y PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN. Realizar valoración, seguimiento y vigilancia del estado nutricional de los beneficiarios atendidos en la modalidad, efectuando el registro de peso y talla, emitiendo el diagnóstico nutricional de cada beneficiario, según la periodicidad y metodología establecida por el ICBF y de acuerdo con lo estipulado en el Manual Operativo. En aquellos casos en los que se detecte desnutrición aguda deberá proceder de conformidad con la Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. PARÁGRAFO 1: Cuando por razones ajenas al Contratista no sea posible realizar la toma de seguimiento nutricional a alguno de los beneficiarios atendidos durante el periodo de la toma, deberá aportarse para cada caso la justificación y soporte de dicha situación, previa verificación del supervisor del contrato. | SI | CUENTAME | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN. Permitir y colaborar en el ejercicio de las labores de seguimiento y supervisión del ICBF, facilitando el acceso a toda la información y documentación técnica, administrativa y financiera relacionada con la prestación del servicio en virtud del presente contrato, entregando los informes que le sean solicitados y adoptando las recomendaciones y acciones que le sean requeridas para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. | SI | ACTAS DE SUPERVISION (SECOP II) | |
| 22. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS. Garantizar que los recursos aportados por el ICBF y por EL CONTRATISTA, como contrapartida, sean utilizados ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE para el financiamiento de las actividades previstas en el desarrollo del objeto del presente contrato, de conformidad con los lineamientos y normas técnicas del ICBF | SI | CERTIFICADO DE PAGO | |
| 23. TALENTO HUMANO. Contratar y garantizar, durante la ejecución del contrato, los equipos interdisciplinarios para cada Unidad de Servicio integrados de conformidad con lo establecido en el Manual Operativo, perfiles que serán de dedicación exclusiva para la ejecución del presente contrato. El Contratista deberá tener en cuenta las notas establecidas en el Manual Operativo para la contratación de talento humano donde se atienda desde la diversidad con enfoque diferencial. En caso de requerir modificar el talento humano presentado inicialmente para la atención del servicio contratado, el cambio deberá ser aprobado previa propuesta y análisis del Comité Técnico Operativo. | SI | HOJAS DE VIDA | |
| 24. DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA PARA EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO. Suscribir acta de recibo de los bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos en el marco del presente contrato con recursos del ICBF, con el fin de cumplir con el procedimiento para la gestión de bienes definido por el ICBF. Adicionalmente, informar de manera inmediata al supervisor, con copia al ordenador del gasto, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con las correspondientes facturas. | SI | INFORMES FINANCIEROS | |
| 25. RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL -AAVN Y DEL ALIMENTO LISTO PARA EL CONSUMO - ALC. 25.1 Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes. | SI | SIM | |
| 26. COMPRAS LOCALES: Realizar mensualmente compras locales de alimentos, bienes o servicios producidos localmente, como mínimo del 10% del valor ejecutado del contrato en el mes respectivo, de acuerdo con lo definido y especificado en la Guía orientadora para el Desarrollo de la Estrategia de Compras Locales". Se debe registrar la información en el Formato de Seguimiento de Compras Locales establecido dentro del Sistema Integrado de Gestión del ICBF, tanto en forma digital (Excel) como impresa. El diligenciamiento debe ser realizado por mes, adjuntando a cada archivo los soportes de las compras realizadas, en formato digital. | SI | INFORME FINANCIERO | |
| 27. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la ley, reglamento o los lineamientos vigentes. | SI | INFORMESTECNICOS.ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS | |

***(i)*** *El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en la cláusula correspondiente del contrato/convenio. Para aquellas obligaciones cuyo cumplimiento no obedezca a un producto tangible, deberá señalar en la columna del "Documento que evidencia el cumplimiento", su concepto sobre el mismo.*

***(ii)*** *Si el Supervisor establece que "no" se ha dado el cumplimiento a una obligación, dentro de uno de los informes periódicos, deberá indicar las razones por las cuales es así, y qué acciones se han tomado sobre dicho incumplimiento. Si el reporte de "no cumplimiento" se presenta en el Informe Final de Supervisión, el supervisor deberá allegar copia y presentar reporte de las acciones adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación "N/A" sólo podrá ser relacionada con algunos periodos en los que esa obligación específica no sea requerida.*

***(iii)*** *El supervisor deberá relacionar todos los documentos que evidencien el cumplimiento de la obligación correspondiente, relacionados con actas de entrega a satisfacción o de reuniones, informes, certificaciones, comunicaciones, oficios, memorandos, y en general cualquier documento que pruebe que la obligación fue efectivamente cumplida. Deberá igualmente indicar el folio del documento y su ubicación.*

***(iv)*** *El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier información que considere relevante relacionada con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.*

## 15. Seguimiento a matriz de riesgos

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio? | SÍ | | NO | X |
| Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia? | SÍ | | NO | X |
| Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia: | | | | |
| Observaciones adicionales: | | | | |

*Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la* ***Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General.***

## 16. Certificación

**El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que el contratista cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.**

**Fecha emisión de Informe** 14/08/2023

Firma

**IDELVI SELENA MINDIOLA ARENA**
**COORDINADOR CZ NAZARETH**

Firma

**BORIS ALBERTO CALDERON**
**FINANCIERO CZ NAZARETH**

Firma

**CELMIRA ALEXANDRA IGUARAN QUIJADA**
**ENLACE DE SUPERVISION**

*Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir.*