| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No 60** | |
|---|---|
| **Hora:** 8:30 a.m. | **Fecha:** 1 noviembre del 2022 |
| **Lugar:** | FUNDACIÓN NIÑO FELIZ |
| **Dependencia que Convoca:** | ASISTENCIA TÉCNICA |
| **Proceso:** | PROTECCIÓN |
| **Objetivo:** | Brindar asistencia técnica al talento humano del operador Fundación Niño Feliz de acuerdo a los resultados de supervisión inferior al 100%, en cuanto a la variables afectadas documento del anexo historia de atención, plan de caso, dotación del dormitorio, dotación escolar y material pedagógico, condiciones locativas y de infraestructura, guía técnica para la metrología. |

**Participantes:** Equipo interdisciplinario de la Fundación Niño Feliz, profesionales del equipo de asistencia técnica.

**Agenda**:

- Presentación
- Apertura de la visita y socialización del objeto.
- Desarrollo
- Compromisos

**Desarrollo:**

Siendo las 8:30 a.m del día 1 de noviembre del 2022 se da inicio a la actividad de asistencia técnica en la entidad Fundación Niño Feliz, inicialmente se realiza la respectiva presentación del equipo interdisciplinario. Se indica que el ejercicio se realiza a partir de los resultados de supervisión inferior al 100%, en las variables afectadas documento del anexo historia de atención, plan de caso, dotación del dormitorio, dotación escolar y material pedagógico, condiciones locativas y de infraestructura, guía técnica para la metrología, con el fin de mejorar la prestación del servicio y cumplir con el objeto del contrato, fortalecer los procesos del servicio de atención optima.

Mediante ejercicio práctico se toma un anexo historia de atención en la cual se desarrolló paso a paso las variables afectadas y de manera seguida se le fue brindando la orientación correspondiente.

**Componente técnico:**

**1.1 Documentos del anexo de la historia de atención:** se indica al operador hacer la gestión para la constancia en la institución donde expida un certificado notificando que la beneficiaria está escolarizada.

Se indica al operador que la obligación indica constancia o gestión, esa gestión se realiza cuando las beneficiarias no estén escolarizadas sim embargo existe un proceso de gestión para la misma. Se les orienta fortalecer todo el proceso respecto a las gestiones realizadas en la secretaría de educación e instituciones educativas, para la garantía del derecho a la educación a las niñas, jóvenes y adolescentes.

**1.6 Plan de caso**

En cuanto al **criterio I:** no presentaban plan de caso de la beneficiaria Melissa Barros a lo que la institución manifiesta que estaba listo pero no estaba radicado, refieren que lo mostraron digital al profesional del equipo supervisor pero le manifestaron que debía ser en físico, desde el ejercicio de asistencia técnica se indica tener en cuenta los tiempos para el diligenciamiento de documentación y transmite que corresponda a la autoridad administrativa, éste debe ser formularlo a los 30 días que corresponda a cada caso.

Se vieron afectados todos los criterios de esta variable, se da lectura a las mismas y desde la asistencia técnica se orienta respecto a la extrategias o herramientas que deben tener en cuenta para trabajar y fortalece el desarrollo que indica cada una de las variables. El operador manifiesta que se les vio afectado que no tenían claridad que podían ampliar el cuadro para anexar todo lo referente a lo que es solicitado. Refieren que en la evaluación integradora, plan de caso y seguimiento a plan de caso y egreso no tenían el mismo concepto.
Desde el componente técnico fueron esas variables afectadas, desde la asistencia técnica se orienta seguir a cabalidad lo contemplado en los lineamientos. Se indaga sobre dudas e inquietudes respecto a la formulación de las mismas.
Desde el operador manifiestan que en cada evento presentado en las beneficiarias ejercen las acciones necesarias para tratar las situaciones que se puedan presentar en las mismas. Se orienta la importancia de hacer registro en el formato establecido o diseñado por la institución para demostrar las acciones realizadas. Aplican herramientas estratégicas para que las beneficiarias traten de alguna manera olvidar la situación presentada. Respecto a las temáticas de educación sexual refieren hicieron gestión con laboratorios ABBOTT donde se trataron temáticas.

Se les retroalimenta al operador las fechas o tiempos en que cada uno de los formatos de evaluación integradora, plan de caso y segumiento al plan de caso, éste debe desarrollarse en la medida previa de los tiempos estipulados para cada uno de la formulación, además se les orienta que es importante que por parte de cada profesional utilice herramientas que le permitan el abordaje para el diligenciamiento de los mismos. Es importante resaltar que para el dilenciamiento del plan de caso deben partir de la consolidación planteada en el concepto interdiciplinario de la evaluación integradora y que éste debe ser de manera, clara, presicisa, explicito y no escatimen ningún tipo de información que puede ser relevante en el proceso, además para la formulación de un plan de caso se debe tener en cuenta los tres niveles de atención microsistema, mesosistema y exositemas para realizar acciones que permtan el abordaje de situaciones en particulares, utilizar herramientas que favorezcan el proceo de atención, actividades en las cuales el niño, la niña o el adolescente junto con su red familiar y redes de apoyo hagan participes y se integren en el proceso, realizar gestiones en donde puedan articular con entes territoriales para implementar actividades innovadoras que va en pro de cada una de las necesidades de los beneficiarios.

**Componente administrativo.**

**3.1 Dotación de dormitorio**

**Criterio D:** una almohada en buen estado sin rotos, ni descocidas , sin manchas:
El operador manifiestan que se vio afectado porque el equipo de supervisión indaga a las beneficiarias y una de ellas les indica que una de sus almohadas estaba perdida, al socializar el acta el operador se da cuenta que según faltaba una almohada pero al preguntarle a la beneficiaria, ésta refiere que ya la había encontrado. A partir de lo anterior desde la asistencia técnica se indica hacer énfasis en las beneficiarias de la dotación entregada, socializar con las beneficiarias en caso se le pierda algún objeto informar al equipo de la institución, socialización sobre el sentido de pertenencia. Desde el operado, manifiestan intensificar estrategias en pro del sentido de pertenencia.

**Criterio E:** Dos juegos de cama con su funda, sobrecama en buen estado, sin rotos, sin descocidos, sin manchas:

**3.4 Dotación escolar y material pedagógico:**

**Criterio B:** En cuanto a lo manifestado por una de las beneficiarias, Daniela ortega manifiesta no contar con uniforme de la institución educativa, que va con jean y un suéter; desde la institución refieren que la beneficiaria asiste a clases los sábados y que en la institución no exigen el escudo, desde la coordinación del colegio le han manifestado al operador que no es necesario, sin embargo el operador refiere que ya le colocaron el escudo a la camiseta de la beneficiaria.

## 11. guía técnica para la metrología

**Criterio c:** manifiestan que no cumplieron el criterio debido a que no tenían certificado de calibración del tallímetro o estadiómetro que no cuenta con el certificado actualizado. A lo que el operador refiere que ya tienen el certificado de calibración del mismo. Desde la asistencia técnica se indica la importancia de mantener todos los instrumentos de medición con certificado de calibración al día y/o actualizados a fin de evitar sesgos de información en el ejercicio desarrollado con los mismos.
Se enfatiza en que los equipos calibrados en los tiempos establecidos y una adecuada técnica garantizan resultados confiables respecto al diagnostico nutricional de los beneficiarios, como también en el gramaje de los alimentos preparados y servidos en el servicio de alimentación.

En reunión con coordinadora, y equipó de apoyo de la fundación, se socializa los evidenciado por el equipo de supervisión - componente administrativo toda vez que encontró incumplimiento frente las dotaciones e infraestructura.
Los criterios afectados fue 3.1 Dotación de dormitorio, ítem_manual operativo modalidades y servicio para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos item 3.2.2. Dotación de dormitorio, menciona que para cada modalidad y de acuerdo con el número de cupos que atienda, los cuales deben estar en óptimo estado. Se socializo la tabla 7. Dotación de dormitorios :

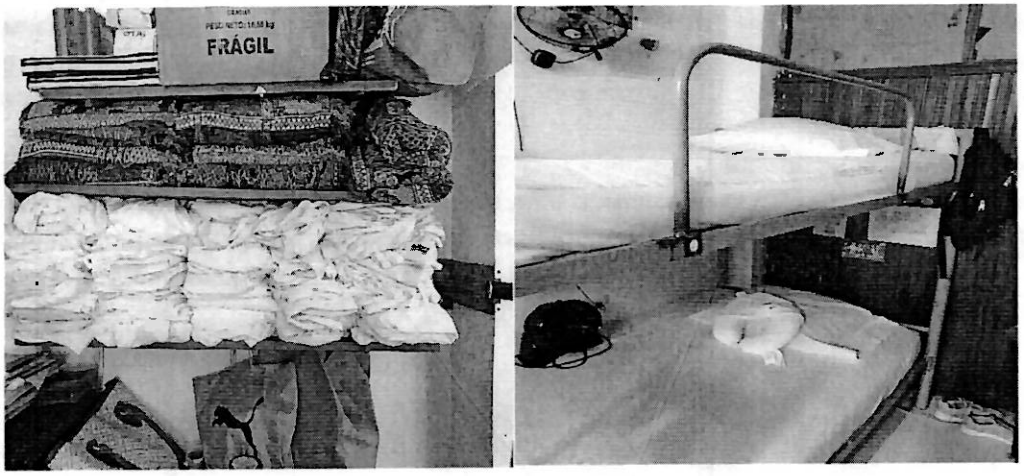
**Tabla 7. Dotación de dormitorio[44] [45]**

| Elemento | Cantidad por cada niña, niño o adolescente | Reposición |
|---|---|---|
| Cama o cuna[46] con juego de tablas completo con colchón o colchoneta [47] | 1 | Cada 5 años |
| Almohada | 1 | Cada año y para población con discapacidad cada 6 meses |
| Protector colchón[48] | 1 | Cada 2 años y para población con discapacidad cada año |
| Juego de cama[49] | 2 | |
| Cobija[50] | 2 | |
| Cubre lecho | 2 | |
| Cómoda o armario | 1 | Cada 5 años |
| Bañera | 1 bañera por cada 5 niñas y niños, y aplica para el rango de edad entre 0 y 2 años | Cada año |

El operador en su interés de demostrar cumplimiento a sus compromisos contractuales nos hace un recorrido por las instalaciones donde demuestran dotación suficiente para dar cumplimento a los criterios en mención, se relacionan a continuación imágenes:



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




**3.4 Dotación escolar y material pedagógico:**

Se socializa con el operador que la beneficiaria Daniela Ortega informo, que no cuenta con uniforme de la institución educativa; que asiste al colegio con un jeans y camiseta blanca sin escudo de la institución, no cuenta con un bolso en donde pueda llevar sus útiles escolares según lo expresado una compañera se lo presta. Se socializa con el operador que el criterio afectado es el b, donde claramente se lee que los niños, niñas y adolescentes que se encuentran escolarizados, deben recibir los elementos de dotación escolar, uniformes y material pedagógico (incluidos los elementos de aseo) de acuerdo con su grado educativo y con lo requerido por la entidad educativa, para el desarrollo de tareas escolares y actividades dentro de la modalidad.
Se socializa el ítem 3.2.6. Dotación escolar y material pedagógico, en el manual operativo modalidades y servicio para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos, enmarca que la dotación escolar aplica para las modalidades de acogimiento residencial y corresponde al grado educativo en que se encuentre la niña, el niño o el adolescente, y debe ser suministrada de acuerdo con lo requerido por la entidad educativa, así como los insumos para la educación vocacional, ocupacional o educación superior; la cual debe ser entregada máximo a los 10 días siguientes a la vinculación educativa de la niña, el niño o el adolescente. Se indica que de acuerdo a los lineamientos estas modalidades de acogimiento residencial, en ningún caso, la niña, el niño o el adolescente, puede prescindir de su uniforme de diario ni deportivo, ni de sus elementos escolares. El operador manifiesta que están presto a brindar todo lo necesario para el buen desarrollo de la niña, en el momento de la visita de supervisión estaba en espera de la dotación para la niña y demuestra en el momento de asistencia técnica haber subsanado el incumpliendo,



a) **En las Condiciones locativas e infraestructura.** Se socializo en visita del Equipo de supervisión, las habitaciones de las niñas y adolescentes se encontraban en desorden, así mismo, presentan fuertes olores en tres de las cinco habitaciones. La puerta de los tres baños se encuentra en deterioro por la humedad, dado que son de madera. así mismo los baños se encontraban mojados durante las jornadas de la visita. Se socializo que de acuerdo con al criterio A, para dar cumplimiento a este compromiso contractual la fundación debe contar con una planta física adecuada, en buen estado, con mantenimiento permanente y conservación, con capacidad instalada (con base en el espacio para dormitorios), con todos los elementos para desarrollar el proceso de atención; y el Criterio h. nos aclara que los espacio utilizados deben encontrarse en óptimo estado de aseo de acuerdo al manual operativo modalidades y servicio para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos, en el ejercicio de su ejecución del contrato deben contar con un Ambientes adecuados y seguros ( infraestructura ), punto 3.1.1. ítem a, Contar con una planta física adecuada, en buen estado, con mantenimiento permanente, con capacidad instalada para el servicio y con todos los elementos para desarrollar el proceso de atención, b) Disponer de los servicios básicos de acueducto, alcantarillado, gas, energía eléctrica y sistema de comunicación (internet, telefonía fija y móvil)30, con el fin de brindar las condiciones para la atención de las niñas, niños o adolescentes.

Se socializa la tabla 4. donde nos menciona las condiciones locativas que debe tener el operador para brindar un bueno servicio a nuestros usuarios, a continuación se socializa tabla 4:

**Tabla 4. Condiciones locativas**

| No. | Condición |
|---|---|
| 1 | Todos los espacios en óptimo estado de aseo. |
| 2 | Sin goteras (en caso de tenerlas, se debe contar con las fechas a realizar el mantenimiento). |
| 3 | Sin grietas. |
| 4 | Ventanas limpias, seguras y sin vidrios rotos. |
| 5 | Puertas seguras y con buen mantenimiento |
| 6 | Sin humedad. |
| 7 | Pisos seguros, no resbalosos, sin grietas. |
| 8 | Ventilación e iluminación natural. |
| 9 | No debe haber olores fuertes o desagradables |
| 10 | Baños con adecuado sistema de agua y ventilación |

| No. | Condición |
|---|---|
| 11 | Sanitarios en perfecto estado. |
| 12 | Espejos en perfecto estado[32] |
| 13 | Todos los bombillos deben ser ahorradores de energía |
| 14 | Se debe contar con señalización de acuerdo con normatividad vigente. No aplica para hogar de paso ni para casa hogar. |
| 15 | Las escaleras deben tener pasamanos o barandas no escalables. |
| 16 | Los balcones deben tener protección. |
| 17 | Los aljibes, albercas y depósitos de agua o piscina deben tener protección. Para las piscinas debe estar acorde con la normatividad vigente. |
| 18 | Los cables deben estar cubiertos. |
| 19 | El techo debe ser seguro, sin riesgos. |
| 20 | Sustancias tóxicas y medicamentos fuera del alcance de las niñas, los niños y los adolescentes. |
| 21 | Los extintores deben tener carga vigente y estar ubicados de acuerdo con la normatividad vigente |
| 22 | Tomas eléctricas con tapas protectoras, cableado fijado adecuadamente, sin enchufes o tornillos sueltos, sin cables pelados o expuestos al calor o la humedad. |
| 23 | Con ambientación o decoración agradable y cálida para la acogida y atención de las niñas, los niños, los adolescentes y sus familias. |
| 24 | No deben existir cámaras en dormitorios ni baños. |
| 25 | Debe contar con aviso de atención que indique la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar. El aviso no debe hacer referencia a modalidad ni población. Para hogar de paso, casa hogar y casa de protección, no se debe contar con aviso. |
| 26 | Garantizar un espacio para el almacenamiento de sustancias químicas usadas durante las actividades de mantenimiento, limpieza y desinfección, así como contar con su respectivo kit antiderrames (cuando se requiera) |

Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos




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

| Compromisos / tareas | Responsables | Fechas |
|---|---|---|
| Tener en cuenta las orientaciones brindadas por la profesionales de asitencia técnica para implementarlas en el proceso de atención. | Equipo interdisciplinario Operador Fundación Niño Feliz. | Noviembre 2022 |
| Brindar asistencia técnica de manera permanente al talento humano según necesidades del servicio, de acuerdo a resultados de visitas. | Equipo interdisciplinario Operador Fundación Niño Feliz. | Noviembre 2022 |


Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**MEJORA E INNOVACIÓN**

**FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA**

| | | |
|---|---|---|
| FB P1 MI | 24/08/2022 | GOBIERNO DE COLOMBIA |
| Versión 6 | Página 1 de 1 | |
| Clasificación de la Información Pública | | |

ACTIVIDAD: Asistencia técnica de acuerdo a resultados de supervisión

FECHA 01 noviembre 2022

HORA INICIAL: 8:30 am

HORA FINAL:

LUGAR Fundación Niño Feliz. Sede Valledupar

DEPENDENCIA LIDER: Asistencia técnica

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | AM | PM |
| 1 | Ana Karina Ayazo D | 22733969 | Profesional Siap | F. Niño feliz | Cesar | Valledupar | | x | 3008051557 | karinayazo770@hot | x | x |
| 2 | Angie Estevez S. | 1065611602 | Noticionista | F. Niño feliz | Cesar | Valledupar | | x | 3042904444 | angie.estevez1016@hotmail.com | x | x |
| 3 | Sabrino Arroyo | 55227922 | Coordinadora ENF | Fesar | Valledupar | | | x | 3132759338 | Sabrinarroyo@h | x | x |
| 4 | Kathesm Suarez M. | 1065655098 | Profesional de area | F. niño feliz | Cesar | valledupar | | x | 3003146068 | kathesm93@hotmail.com | x | x |
| 5 | Trinidad Hinojosa | 49792885 | AUX Enfermeria | F. niño feliz | Cesar | valledupar | | x | 3117060976 | trinidad hinojosa@gmail.com | x | x |
| 6 | Karina Ruiz G. | 1065645181 | Aux admon | F niño feliz | Cesar | valledupar | | x | 3158703300 | Karii.love@hotmail.com | x | x |
| 7 | Karen Magrik Cuadrado | 49721885 | T. Social | F. Niño feliz | Cesar | Valledupar | | x | 3016725774 | karenicig@hotmail.com | x | x |
| 8 | Ana Quinto | 1065661552 | Psicologa | F. niño feliz | Cesar | Valledupar | | x | 3166196199 | Ana.quinto@gmail.com | x | x |
| 9 | Rosa Maria Orozco | 49792212 | Psicologa | ICBF | Cesar | GAT | | x | 3135132091 | Rosa.ROM | x | x |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | |

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| **ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No63** | |
|---|---|
| **Hora:** 2: 00 pm | **Fechas**: 9 de noviembre 2022 |
| **Lugar:** | AUDITORIO REGIONAL CESAR |
| **Dependencia que Convoca:** | ASISTENCIA TÉCNICA- REGIONAL CESAR. |
| **Proceso:** | PROTECCIÓN |
| **Objetivo:** | Brindar asistencia técnica a modalidades bajo medida de Protección: Buscando un mejor Futuro- Niño Feliz y equipo de defensoría CAIVAS Valledupar |

**Participantes:** Equipo interdisciplinario de la institución Fundación Buscando un mejor futuro, Fundación Niño feliz, profesionales del equipo de asistencia técnica y equipo de defensoría CAIVAS Valledupar.

**Agenda:**

- ✓ Saludo y bienvenida
- ✓ Desarrollo
- ✓ Compromisos

**Desarrollo de la actividad:**

El día 09 de Noviembre del año en curso siendo las 2:00 pm, posterior a un corto saludo entre participantes se procedió a socializar el objeto de la asistencia técnica de manera presencial con el fin de brindar orientación y activación de rutas de casos de violencias sexual, así como también las funciones que le corresponden a la hora de la activación de esta ruta, desde ese orden de ideas se mencionó que cuando se presenta un caso de violencia sexual, la ruta debe ser activada debe ser activada en la inmediatez al sector salud por parte de la fundación.

Por otro lado, se inició resaltando que no se debe normalizar algunos actos de tipo sexual que se vienen naturalizando desde nuestra cultura y que atenta o vulnera la integridad, dignidad y derechos fundamentales de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

## Estereotipos de Género





Un estereotipo de género es una opinión creencia generalizada acerca de atributos o características que hombres y mujeres poseen o deberían poseer o de las funciones sociales que ambos desempeñan o deberían desempeñar.

El uso de los estereotipos de género es la práctica de asignar a una persona determinada, hombre o mujer, atributos, características o funciones específicas, únicamente por su pertenencia al grupo social masculino o femenino.

Fuente: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Stereotypes-SP.pdf



**VIOLENCIA POR RAZÓN DE SEXO Y GÉNERO ES UN ASUNTO DE DERECHOS HUMANOS**

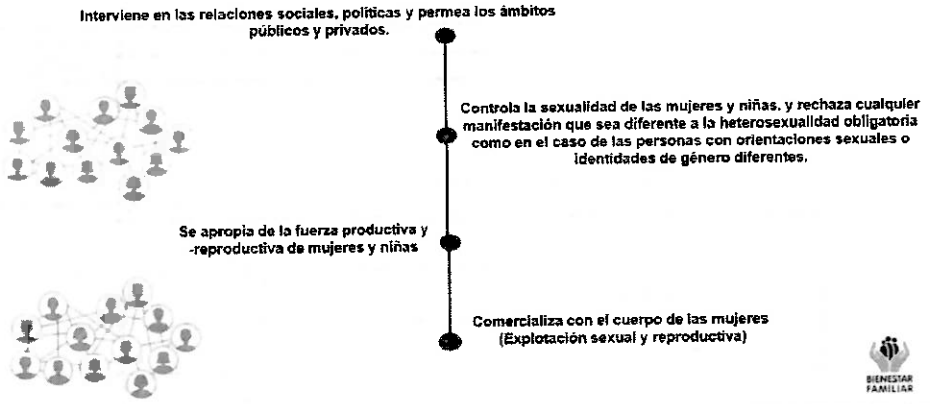
Consecuencia fundamentales

Responsabilidad de Estados – obligación de prevenir-promover, garantizar y proteger, debe actuar bajo el principio de debida diligencia

Derecho de las victimas a la vida, libertad, autonomía, a una vida libre de violencias, a la salud, la verdad, justicia y reparación



Teniendo en cuenta estos elementos, en esta sociedad que privilegia lo masculino:




## QUÉ ES LA VIOLENCIA SEXUAL

Es una de las formas más denigrantes y crueles con las que se vulneran los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, es considerada una de las formas más severas de desigualdad entre niños y adultos.
Tiene múltiples manifestaciones desde conductas físicas hasta tipologías incorporadas a través de las nuevas tecnologías informáticas.

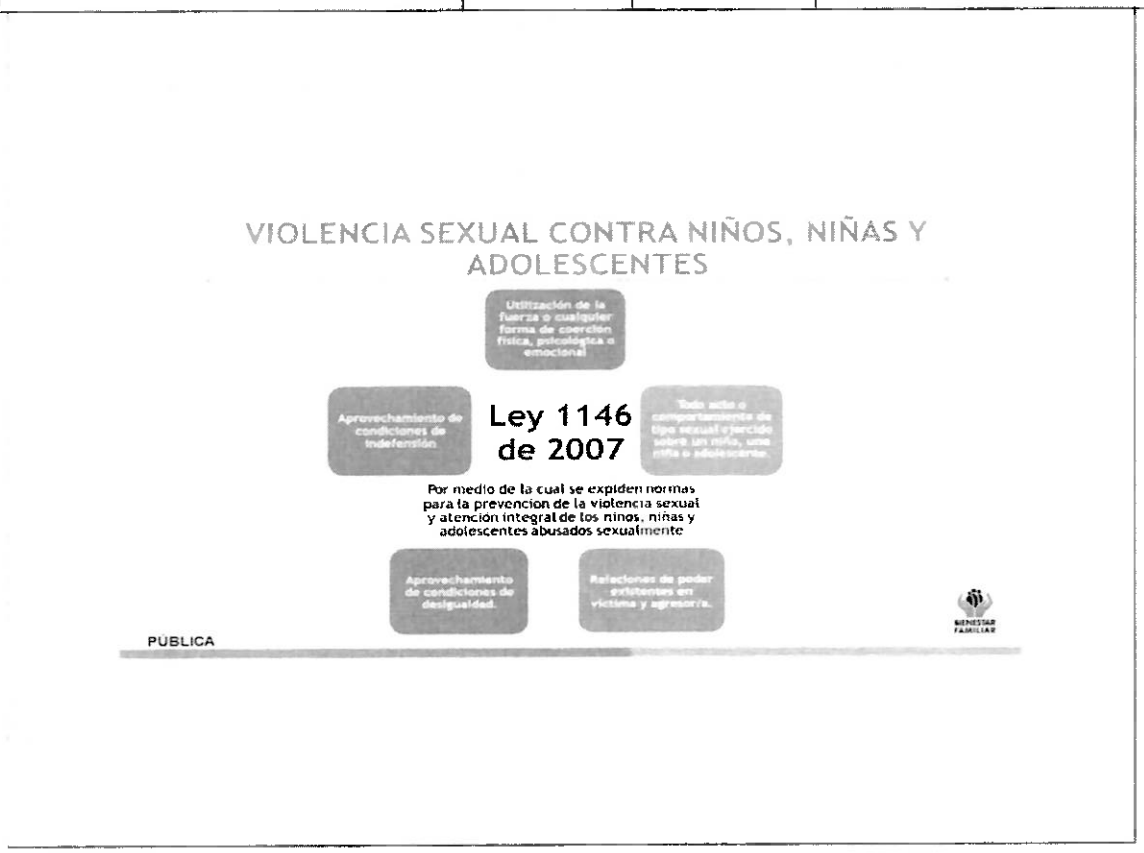
**Debe contemplarse como una forma de violencia contra la mujer y de género.**



**CONSENTIMIENTO**

- En Colombia, la edad establecida para dar **consentimiento sexual,** son los **14** años.

- El Código Penal Colombiano (Ley 599 del 2000) en el capítulo segundo correspondiente a los actos sexuales abusivos, establece en su **Artículo 208** que cualquier relación sexual con un niño o niña menor de catorce años constituye el **delito de acceso carnal abusivo** con menor de catorce años, de igual manera en el **Artículo 209** indica que aquellos actos sexuales diversos del acceso carnal con personas menores de catorce años, en su presencia o la inducción a prácticas sexuales constituye un acto sexual abusivo con menor de catorce años.


VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES
Utilización de la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional
Aprovechamiento de condiciones de indefensión
Ley 1146 de 2007
Todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, una niña o adolescente.
Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente
Aprovechamiento de condiciones de desigualdad.
Relaciones de poder evidentes en víctima y agresor/a.
PÚBLICA

FORMAS O TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

## Acceso carnal

Es la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración de cualquier otra parte del cuerpo con otro objeto.
*De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 212 del Código Penal (ley 599 del 2002)*

- **A. Coacción**
- **B. Incapacidad de resistir o puesta en incapacidad de resistir**
- **C. Acceder carnalmente a personas menores de catorce años**



PÚBLICA

FORMAS O TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

## Actos sexuales

Son todas aquellas acciones o comportamientos sexuales diferentes del acceso carnal. No existe penetración de ninguna manera. (Grupo Técnico Coordinador del SIVIGE, 2017)

- **A. Coacción**
- **B. Incapacidad de resistir o puesta en incapacidad de resistir**

**De acuerdo al Código penal (Ley 599 de 2000) Configuran un delito contra la libertad, integridad y formación sexual**



PÚBLICA

## FORMAS O TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

### Acceso carnal

Es la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración de cualquier otra parte del cuerpo con otro objeto.

*De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 212 del Código Penal (ley 599 del 2002)*

**A. Coacción**

**B. Incapacidad de resistir o puesta en incapacidad de resistir**

**C. Acceder carnalmente a personas menores de catorce años**



PUBLICA

## FORMAS O TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

### Actos sexuales

Son todas aquellas acciones o comportamientos sexuales diferentes del acceso carnal. No existe penetración de ninguna manera. (Grupo Técnico Coordinador del SIVIGE, 2017)

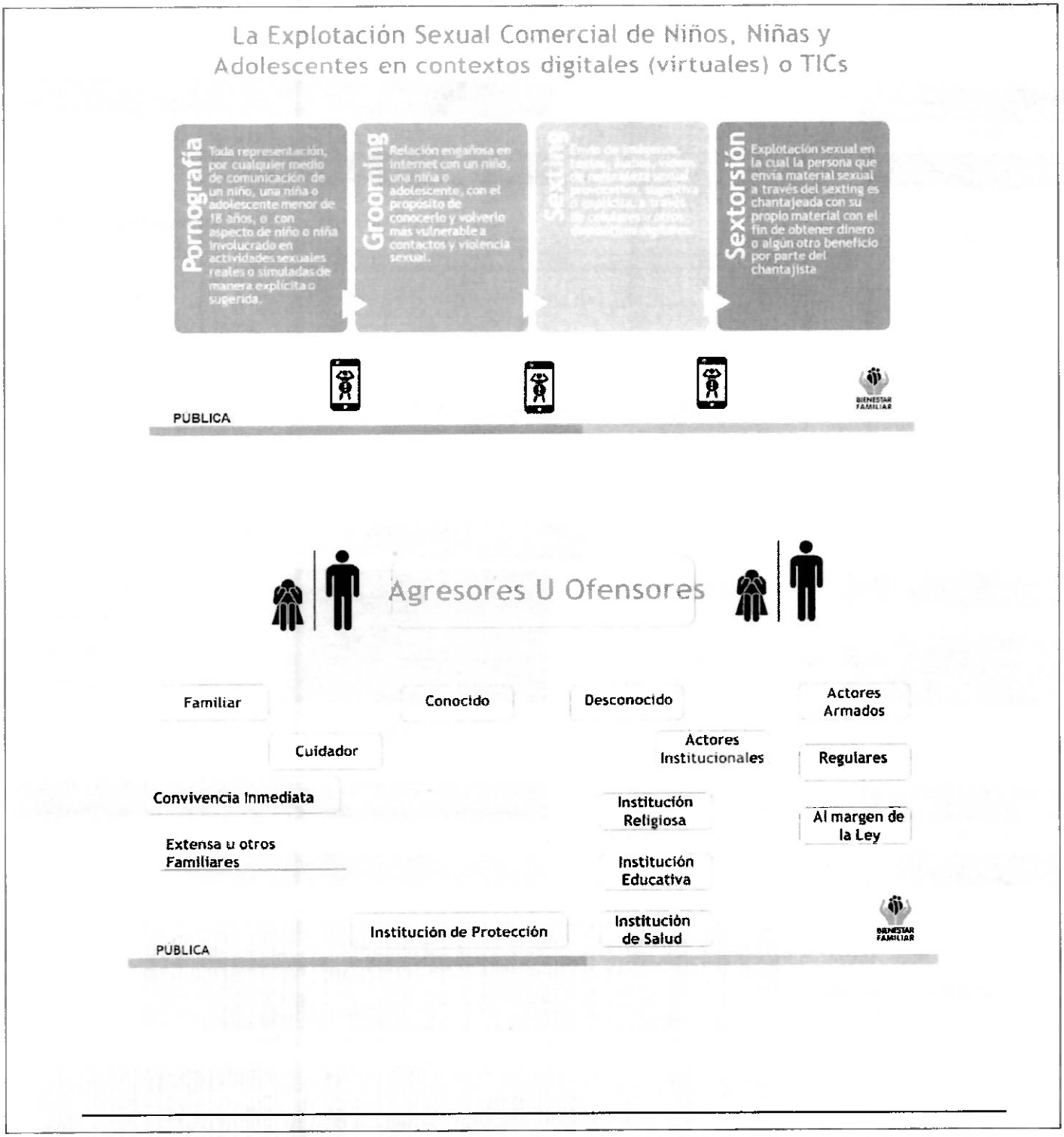
**A. Coacción**

**B. Incapacidad de resistir o puesta en incapacidad de resistir**

**De acuerdo al Código penal (Ley 599 de 2000) Configuran un delito contra la libertad, integridad y formación sexual**



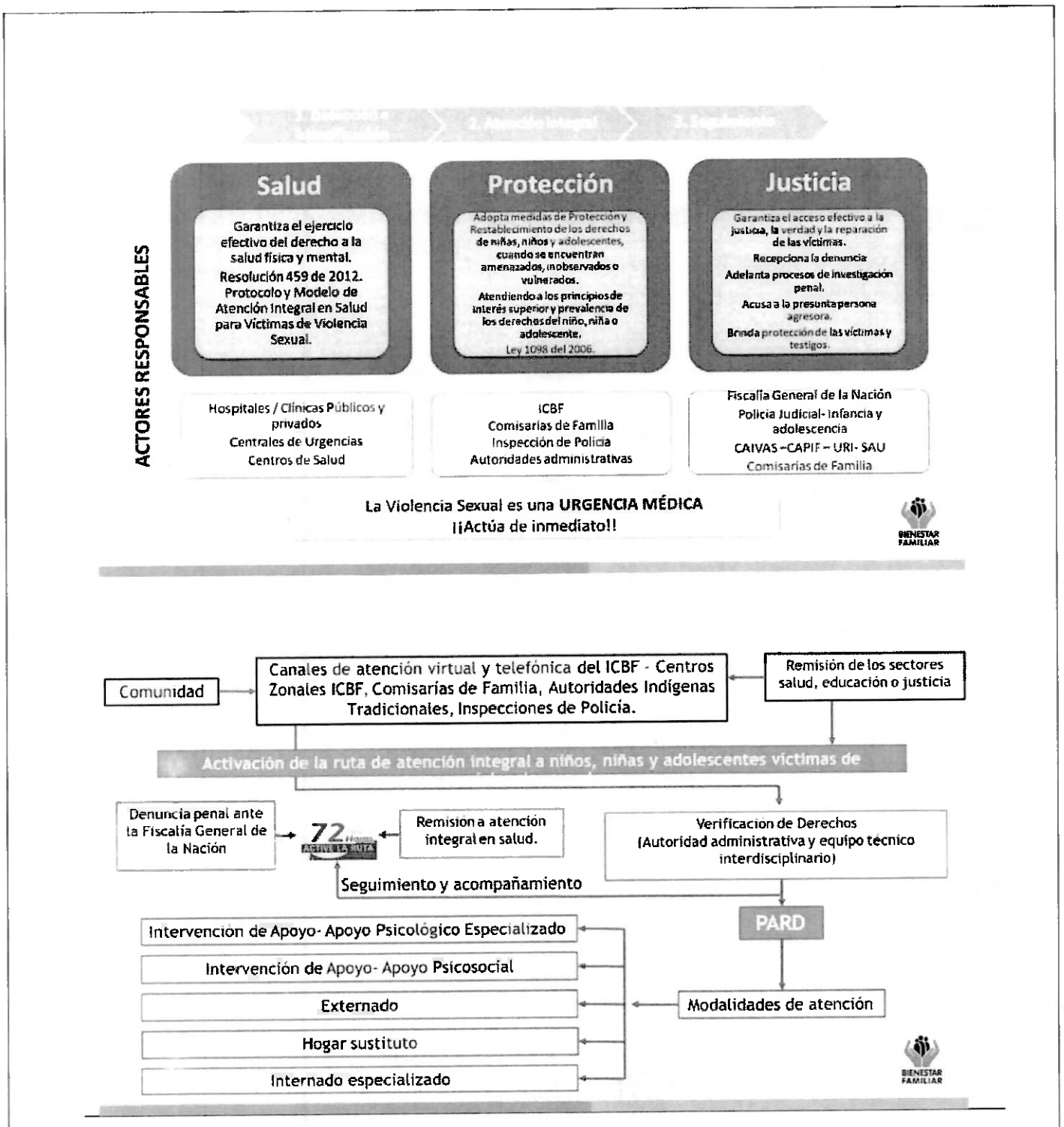
PÚBLICA







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


ACTORES RESPONSABLES
Salud
Garantiza el ejercicio efectivo del derecho a la salud física y mental.
Resolución 459 de 2012. Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
Protección
Adopta medidas de Protección y Restablecimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes, cuando se encuentran amenazados, inobservados o vulnerados.
Atendiendo a los principios de interés superior y prevalencia de los derechos del niño, niña o adolescente.
Ley 1098 del 2006.
Justicia
Garantiza el acceso efectivo a la justicia, la verdad y la reparación de las víctimas.
Recepciona la denuncia
Adelanta procesos de investigación penal.
Acusa a la presunta persona agresora.
Brinda protección de las víctimas y testigos.
Hospitales / Clínicas Públicos y privados
Centrales de Urgencias
Centros de Salud
ICBF
Comisarías de Familia
Inspección de Policía
Autoridades administrativas
Fiscalía General de la Nación
Policía Judicial- Infancia y adolescencia
CAIVAS –CAPIF – URI- SAU
Comisarías de Familia
La Violencia Sexual es una URGENCIA MÉDICA
¡¡Actúa de inmediato!!
BIENESTAR FAMILIAR
Comunidad
Canales de atención virtual y telefónica del ICBF - Centros Zonales ICBF, Comisarías de Familia, Autoridades Indígenas Tradicionales, Inspecciones de Policía.
Remisión de los sectores salud, educación o justicia
Activación de la ruta de atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de
Denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación
72 Horas
ACTIVE LA RUTA
Remisión a atención integral en salud.
Verificación de Derechos (Autoridad administrativa y equipo técnico interdisciplinario)
Seguimiento y acompañamiento
PARD
Modalidades de atención
Intervención de Apoyo- Apoyo Psicológico Especializado
Intervención de Apoyo- Apoyo Psicosocial
Externado
Hogar sustituto
Internado especializado
BIENESTAR FAMILIAR

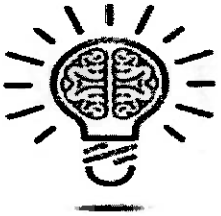
## Ruta de Atención Violencia Sexual

**La violencia sexual es una urgencia médica**

**Es esencial actuar de inmediato dentro de las primeras 72 horas**

**Remita inicialmente a la víctimas a la entidad de salud más cercana**

Tenga en cuenta



1. Claridad de las competencias que tiene su sector frente a la atención de las víctimas
2. Acompañamiento a la víctima desde el sector que haya tenido conocimiento inicial de los hechos
3. **Siempre** prevalecerá la opinión de la niña, el niño o adolescente sobre las de sus padres o representantes legales por tanto **siempre** debe contarse con su consentimiento
4. Bajo ninguna circunstancia, la víctima podrá ser confrontada con la presunta persona agresora
5. Desde el sector Protección y Educación, no se debe indagar a la víctima sobre los hechos victimizantes
6. El proceso de investigación penal es competencia exclusiva de la Fiscalía General de la Nación y serán los Jueces los encargados de resolver la situación de la presunta persona agresora
7. Evite siempre **revictimizar** en todas las actuaciones que adelante
8. Implementación de los enfoques de derechos, género, etnicidad, desigualdad, curso de vida, territorialidad, **acción sin daño** e interseccionalidad
9. Comunicación empática, libre de prejuicios, juzgamientos culpabilizantes o poca importancia a los hechos
10. Interposición de denuncia penal dentro de las primeras 24 horas de conocidos los hechos por todos los sectores
11. **Todas** las formas de violencia sexual constituyen delitos penales que no son objeto de conciliación ni de discusión en espacios como los Comités de Convivencia Escolar u otros propios de la entidad que conoce la situación

BIENESTAR FAMILIAR

De igual forma se abrió espacio para que las modalidades de Protección Buscando un Mejor Futuro y Niño Feliz expresaran todas sus inquietudes tales como:

- ¿Qué formas de violencia se reportaba en la matriz del daño antijuridico?
- ¿Para los reportes de víctimas hasta que edad se reportan?

seguidamente se socializó lo contemplado en el LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE TRATA DE PERSONAS Aprobado mediante Resolución No. 8378 del 4 de julio de 2018.
TIPO DE VIOLENCIA SEXUAL: que contempla lo siguiente:
Formas de violencia sexual:

- Acceso carnal: de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 212 del Código Penal, el acceso carnal se define como la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.
- Actos sexuales: Son todas aquellas acciones o comportamiento sexuales, donde no existe penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, y/o la penetración vaginal o anal con cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.
- Acoso sexual: hace referencia al conjunto de acciones y comportamientos de tipo verbal, escrito, no verbal, físico o virtual con contenido sexual en donde se hostigue, acose, humille, asedie, ofenda, persiga; también puede contener acercamientos corporales u otras conductas físicas de tipo sexual, dirigido a un niño, una niña o adolescente sin su consentimiento, aprovechando condiciones o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición social, familiar o económica.

No naturalizar las conductas constitutivas de acoso sexual, especialmente las ejercidas por las(os) profesionales de los operadores y servicio de restablecimiento de derechos, por cuanto se trata de un delito establecido en el artículo 210 A de la Ley 599 de 2000- Código Penal; por lo cual, debe activarse la ruta, seguir lo dispuesto en la Guía de orientación ya referida y reportar en la matriz de eventos

- Diferenciar entre las conductas sexuales y los hechos de violencia sexual, especialmente en menores de 14 años; pues las primeras se refieren al proceso de construcción de la sexualidad humana, mientras que la violencia sexual constituye una grave violación de los derechos humanos y a la dignidad e integridad personal.

En los casos de mayores de 14 años, se insiste en que debe evaluarse el tema del consentimiento a nivel sexual, la superioridad manifiesta y condiciones de asimetría de poder entre las(os) implicadas(os). Lo anterior, siendo importante tener en cuenta que el desarrollo de la sexualidad humana se debe comprender a partir de las etapas de desarrollo que permiten tener en cuenta los aspectos físicos, emocionales y psicosexuales, los cuales dan cuenta de comportamientos esperados según la etapa de desarrollo, sin embargo, la clasificación para cada rango etario es solo una referencia, pues todo dependerá de las características particulares de cada niño, niña
o adolescente.

En ese sentido, la identificación oportuna de vulnerabilidades, factores de riesgo y alteraciones que se presenten, así como también tomar medidas oportunas realizando plan de atención y darle el debido manejo realizando talleres y orientaciones que permitan desarrollar y fortalecer habilidades en autoestima, resolución de conflictos, manejo de emociones y convivencia.

- Ante presuntos hechos de violencia sexual, remitir de manera inmediata al sector salud a los niñas, niños y adolescentes ofensoras(es) o presuntas(os) agresoras(es), para que reciban la atención en el marco de la activación de la ruta de atención y en cumplimiento de la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección
Social.

- **No registrar en la matriz del reporte de eventos:**

**O** A la presunta persona agresora cuando es mayor de 14 años; o, un(a) adulto(a) beneficiario(a) de la modalidad. En este caso únicamente se registra al niño, niña o adolescente víctima, y la información de la presunta persona agresora, solamente se ingresará en las casillas AP y AQ dentro de la matriz de reporte de eventos.

El hecho de violencia sexual en contra de un niño, niña y/o adolescente que ocurre fuera de la prestación del servicio.

De igual manera se recalcó que cuando se presentan casos de presunta violencia sexual la Institución debe informar de manera inmediata a la autoridad administrativa, activar la ruta con el sector salud y reportar en la matriz de daño antijuridico,

Además, los equipos de las instituciones de Buscando un Mejor Futuro y Niño Feliz expresaron que casi siempre las EPS autorizan atenciones especializadas generalmente con PSIQUIATRIA a una fecha bastante retirada, por lo que solicita que estas atenciones sean urgentes y mas próximas, debido a que esta población se le debe dar prioridad en el área de lasalud, así como también en el sector educativo ya que se han encontrado con barreras a la hora de la asignación de cupo, donde se le recomendó que deben reportar e informar a la autoridad administrativas esas barreras, pero que la gestión como tal es de parte de la institución donde se encuentre el niño. Niña y/o adolescente.

El equipo de la Fundación Buscando un mejor futuro comento que cuando se presentan caso de evasiones ellos informan de manera telefónica a Policía de Infancia y casi nunca cuentan con su acompañamiento, por lo que se le sugirió realizar oficio de manera formal al Intendente e informar todas las barreras que se vienen presentando en ese sentido de las evasiones.

Finalmente se recomendó estar más articulado con las autoridades administrativas y equipos psicosociales para que los procesos de atención a los niños, niñas y adolescentes se realice de manera oportuna y eficaz, comunicando defensores de familias todos los acontecimientos que sucedan en torno a los beneficiarios en atención.

| **Compromisos / tareas** | **Responsables** | **Fechas** |
|---|---|---|
| Tener en cuenta todas las orientaciones y recomendaciones dadas durante la asistencia técnica | Instituciones de Protección, equipo de CAIVAS Valledupar | Permanente |

| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
|---|---|---|---|
| | Por definir | Por definir | Por definir. |

**Se anexa listado de asistencia**

Evidencias Fotográficas.



BIENESTAR FAMILIAR

**PROCESO**
**MEJORA E INNOVACIÓN**

**FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA**

| | | |
|---|---|---|
| F8 P1 MI | 24/08/2022 | GOBIERNO DE COLOMBIA |
| Versión 6 | Página 1 de 1 | |
| Clasificación de la Información: Publica | | |

ACTIVIDAD: Orientaciones para la implementación Programa especializado Violencia sexual

FECHA 09 - noviembre 2022.

HORA INICIAL: 2:00 pm HORA FINAL:

LUGAR Auditorio Regional Cesar.

DEPENDENCIA LIDER: Asistencia Tecnica

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | ENTIDAD | REGIONAL | CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA | TIPO DE VINCULACIÓN | | TELEFONO | CORREO ELECTRONICO | FIRMA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | PLANTA | CONTRATO | | | AM | PM |
| 1 | OSCAR MORON GI | 72257968 | ABOGADO | ICBF | CESAR | C2 #2 | | X | 3008366844 | oscar.moron@icbf.gov.co | | |
| 2 | Erika Rama | 1047751357 | Prof-universitario | ICBF | Cesar | Proteccion | X | | 3178536262 | Erika.Rama | | |
| 3 | Diana Oviedo | 1065818884 | Def. fisi | ICBF | Cesar | C2 #2 | X | | 3024319112 | diana.oviedo@icbf.gov.co | | |
| 4 | Wendy Lara Cond | 1082924697 | Pedagoga | ICBF | Cesar | GAT | | X | 3137303656 | Wendy.lara@icbf.gov.co | | |
| 5 | Ana Karina Ayazo | 22733969 | Prof. Sicje | Fundacion Niño Feliz | Cesar | #2 | | X | 3008051557 | karinayazo77@ | | |
| 6 | Sabino Angulo | 5522982 | Coordinador | Niño Feliz | Cesar | #2 | | X | 3182759388 | funnife2@gmail.com | | |
| 7 | ROSSY K. USTARIZ | 40936867 | Financiera | ICBF | CESAR | GAT | | X | 3002045968 | ROSSI.USTARIZ | | |
| 8 | ROSA MONICA | 1065 | Psicologa | ICBF | Cesar | GAT | | X | 3135 | ROSA | | |
| 9 | Katherine Garrido | 1065 | Nutricionista | ICBF | cesar | GAT | | X | 3173825933 | katherine.garrido | | |
| 10 | Victor Carrillo P. | 85.154.065 | G. de caso | F. Niño Feliz | Cesar | #2 | | X | 3013327408 | coordinacionfunnifez@gmail.com | | |
| 11 | Nancy Sánchez | 1065 | Fubmef | g. caso | cesar | Vpar 2. | | X | 3005645232 | | | |
| 12 | CARMEN M TORRES | 49768 | Coordinador | Fubmef. | Cesar. | V/par 2. | | X | 3107247963 | Carotorres30@hotmail.es. | | |
| 13 | Diana Manzano M | 1065569661 | Psicologa | Fubmef | Cesar | V/par 2 | | X | 3172673792 | dianamanzano21@gmail.com | | |
| 14 | Nana M. Martinez | 1062398289 | T. Social | fubmef | Cesar | V/par 2 | | X | 3225319211 | margaritamartinez11@hotmail.com | | |
| 15 | Erika Beltran Mora | 49784149 | Prof. universitario | ICBF | Cesar | V/par 2 | X | | 3135771935 | Erika.Beltran@icbf.gov | | |
| 16 | Paula Sanchez | 1065 | PAP UNIV. | ICBF | Cesar | V/par 2 | X | | 3082615288 | Paula.Sanchez@icbf.gov | | |
| 17 | Eliza Quintero | 1065614132 | psicologa | Fundacion Niño Feliz | Cesar | V/par | | X | 3166496199 | Elizaquintero@ | | |
| 18 | Maria Molina R | 1065623656 | Psic. | ICBF | Cesar | V/par 2 | X | | 3004477785 | Maria.Molina@icbf.gov | | |
| 19 | Leonor Ines Arayo O. | 1049614423 | Prof. univ. | ICBF | Cesar | Vpar 2. | X | | 3004570062 | leonor.arayo@icbf.gov.co | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | |

BIENESTAR FAMILIAR

# HOJA DE RUTA CERTIFICACIÓN DE DESEMBOLSO

## PROCESO DE PROTECCION

| CONTRATO | No. | AÑO | DIRECCIÓN REGIONAL: | VALLEDUPAR | Nº DESEMBOLSO: | 4 | PERIODO: | ALISTAMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20002102022 | 2022 | | | | | | |

| RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: | FUNDACION NIÑO FELIZ |
|---|---|
| NIT: 800.145.039-1 | SERVICIO: INTERNADO - VIOLENCIA SEXUAL |

| TIPO | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato de aporte | X | Convenio | |

### GESTIÓN DOCUMENTAL

DEL 1ro AL 10 DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | FECHA | HORA | RESPONSABLE | FOLIOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Radicación documentos por parte de la EAS en el Centro Zonal | | | | | |
| 2 | Entrega de documentos al Financiero del Contrato | | | | | |

### GESTION FINANCIERA DEL CONTRATO

DEL 2 AL 17 DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | N/A | CUMPLE | NO CUMPLE | RESPONSABLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Oficio de perfeccionamiento y legalización del contrato en el cual se indique la fecha de legalización e inicio de su ejecución. En el caso de efectuarse modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento contentivo de la adición o reducción y el oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la dependencia competente | X | | | | |
| 5 | Copia actualizada del Registro Unico Tributario (RUT), en caso de existir modificaciones en la información allí contenida | X | | | | |
| 6 | Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación | X | | | | |
| 7 | Copia de las pólizas debidamente aprobadas por el Grupo Jurídico | X | | | | |
| 8 | Copia de las consignaciones que acredite el pago del impuesto de timbre cuando haya lugar | X | | | | |
| 9 | Copia del acta de inicio, cuando se haya pactado como requisito para la ejecución contractual | X | | | | |
| 10 | Certificación original de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, formato F5.P17.GF "Formato Certificacion Pagos Diferentes Honerarios y Viaticos v14 xlsx" | | X | | | |
| 11 | Factura o documento equivalente | | X | | | |
| 12 | Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal en la cual conste que se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales | | X | | | |
| 13 | Cedula del Representante legal cuando aplique | X | | | | |
| 14 | Tarjeta profesional del Revisor Fiscal cuando aplique | | X | | | |
| 15 | Certificado Junta central de Contadores Vigente cuando aplique | | X | | | |

### CENTRO ZONAL — VALLEDUPAR No 2

| | Nombre | Firma | Fecha de Envio DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisado por: | JOURGEN JOUSSETH OROZCO OROZCO | | 10 | 11 | 2022 | 11:50:00 |

DEVOLUCIONES

| NOMBRE QUIEN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCION | HORA DE DEVOLUCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

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

### GESTION ASISTENCIA TECNICA REGIONAL

DEL 2 AL 24 DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | N/A | CUMPLE | NO CUMPLE | RESPONSABLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Oficio de perfeccionamiento y legalización del contrato en el cual se indique la fecha de legalización e inicio de su ejecución. En el caso de efectuarse modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento contentivo de la adición o reducción y el oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la dependencia competente | | | | | |
| 17 | Copia actualizada del Registro Unico Tributario (RUT), en caso de existir modificaciones en la información allí contenida | | | | | |
| 18 | Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación | | | | | |
| 19 | Copia de las pólizas debidamente aprobadas por el Grupo Jurídico | | | | | |
| 20 | Copia de las consignaciones que acredite el pago del impuesto de timbre cuando haya lugar | | | | | |
| 21 | Copia del acta de inicio, cuando se haya pactado como requisito para la ejecución contractual | | | | | |
| 22 | Certificación original de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, formato F5.P17.GF "Formato Certificacion Pagos Diferentes Honerarios y Viaticos v14 xlsx" | | | | | |
| 23 | Factura o documento equivalente | | | | | |
| 24 | Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal en la cual conste que se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales | | | | | |
| 25 | Cedula del Representante legal cuando aplique | | | | | |
| 26 | Tarjeta profesional del Revisor Fiscal cuando aplique | | | | | |
| 27 | Certificado Junta central de Contadores Vigente cuando aplique | | | | | |

### GRUPO REGIONAL — ASISTENCIA TECNICA

| | Nombre | Firma | Fecha de Envio DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisado por: | ANGELICA JAIDITH MAESTRE DAZA | | | | | |

DEVOLUCIONES

| NOMBRE QUIEN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCION | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

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

### GESTIÓN FINANCIERA REGIONAL

HASTA ANTES DE LOS 2 ÚLTIMOS DÍAS HABILES DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | N/A | CUMPLE | NO CUMPLE | RESPONSABLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | Oficio de perfeccionamiento y legalización del contrato en el cual se indique la fecha de legalización e inicio de su ejecución. En el caso de efectuarse modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento contentivo de la adición o reducción y el oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la dependencia competente | | | | | |
| 29 | Copia actualizada del Registro Unico Tributario (RUT), en caso de existir modificaciones en la información allí contenida | | | | | |
| 30 | Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación | | | | | |
| 31 | Copia de las pólizas debidamente aprobadas por el Grupo Jurídico | | | | | |
| 32 | Copia de las consignaciones que acredite el pago del impuesto de timbre cuando haya lugar | | | | | |
| 33 | Copia del acta de inicio, cuando se haya pactado como requisito para la ejecución contractual | | | | | |
| 34 | Certificación original de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, formato F5.P17.GF "Formato Certificacion Pagos Diferentes Honerarios y Viaticos v14 xlsx" | | | | | |
| 35 | Factura o documento equivalente | | | | | |
| 36 | Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal en la cual conste que se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales | | | | | |
| 37 | Cedula del Representante legal cuando aplique | | | | | |
| 38 | Tarjeta profesional del Revisor Fiscal cuando aplique | | | | | |
| 39 | Certificado Junta central de Contadores Vigente cuando aplique | | | | | |

### COORDINACIÓN FINANCIERA REGIONAL

| | Nombre | Firma | FECHA DE RECEPCIÓN DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Revisado por: | 0 | | | | | |

DEVOLUCIONES

| NOMBRE QUIEN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCION | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 0 | | | |

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

| NOMBRE QUIEN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCIÓN | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 0 | | | |

NOTA 1: Es importante verificar por parte del responsable del diligenciamiento del presente formato que los documentos físicos aquí relacionados hayan cumplido la revision correspondiente en el centro zonal.

NOTA 2: La información consignada en el formato, se soporta de acuerdo la Resolucion 3333 del 2015.

NOTA 3: La información anteriormente relacionada debera reposar en físico y/o en digital acorde a las directrices institucionales.

ELABORADO POR: Angélica Martinez- Enlace Financiero de Primera Infancia Regional Cesar, Evelin Cujia-Financiero Cz Valledupar N1, Kely Cordoba-Financiero Cz Agustin Codazzi, Ibon Perez, Financiero Cz Chiriguana y Leisbeth Fernandez- Financiero Cz Aguachica

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Yo, ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA

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 | FUNDACION NIÑO FELIZ | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 800.145.039-1 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NUMERO DOCUMENTO FUENTE | 20002102022 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 29 (día) julio (mes) 2022 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 1 (día) agosto (mes) 2022 (año) | HASTA | 30 (día) noviembre (mes) 2022 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 10 (día) Octubre (mes) 2022 (año) | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A | Vigencia | PAGO N° | 4 | DE | 5 |
| VALOR A PAGAR | $ 10,362,060.00 | EN LETRAS | DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SESENTA PESOS M/CTE | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) octubre (mes) 2022 (año) | HASTA | 31 (día) octubre (mes) 2022 (año) | | |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIO | 163722 | 10 | C4102-1500-14-0-4102037-02 | 123-MODALIDADES DE ACOGIMIENTO | 02-02-02-009-003-03 | $ 10,362,060.00 |

**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 | DAVIVIENDA | NÚMERO DE CUENTA | 257100064290 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

En la presente Certificacion se deja constancia que el Contratista Cumplió a cabalidad con la CLAUSULA SEPTIMA del Contrato de Aporte, con previa aprobacion del supervisor del contrato, Grupo de Apoyo a la Supervision y Apoyo Financiero. SE RALIZA PAGO DE ALISTAMIENTO POR AJUSTE DEL VALOR EN EL CUPO MES DE OCTUBRE 2022.

**4. ANTICIPOS**

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

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CORRIENTE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ | 10,362,060.00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| TOTAL PAGO CORRIENTE | VALOR | $ | 10,362,060.00 (B) |
| TOTAL A PAGAR (A+B) | VALOR | $ | 10,362,060.00 |

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDS | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
| ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA | COORDINADORA CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | REGIONAL CESAR | CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | |
| 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 |
| JOURGEN JOUSSETH OROZCO OROZCO | APOYO A LA GESTIÓN | REGIONAL CESAR | CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
| ANGELICA MAESTRE DAZA | G.A.T | | |

| ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS | | | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| | | | |

**FUNDACIÓN NIÑO FELIZ**
NIT: 800145039-1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Jurídica
CR 15 18 40, Valledupar, Cesar, Colombia, CP 20001
Tel. 3113275938
Email. funnifez@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764034529184 válida desde 2022-08-25 hasta 2023-08-25 rango desde FEVF-1 hasta FEVF-1000.

| | |
|---|---|
| **Cliente:** | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS |
| **NIT:** | 899999239-2 |
| **Dirección:** | CALLE 16B N 11 -15, Valledupar, Cesar, Colombia, CP 200005 |
| **Teléfono:** | 3028471425 |
| **Email:** | Jourgen.Orozco@icbf.gov.co |
| **Tipo de negociación:** | Crédito |
| **Medio de Pago:** | Transferencia Débito Interbancario |
| **Fecha de Pago:** | 25/11/2022 |
| **Total de Lineas:** | 1 |

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** | FEVF - 3 |
| **MONEDA:** | COP Colombia, Pesos |
| **HORA EMISIÓN:** | 09:48:49 |
| **FECHA FIRMADO:** | 10/11/2022 09:48:51 |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 10 | 11 | 2022 | 10 | 11 | 2022 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SP002 | ATENCIÓN ESPECIALIZADA PAGO ALISTAMIENTO POR AJUSTE EN EL VALOR CUPO. PERIODO OCTUBRE. MODALIDAD INTERNADO. VALLEDUPAR. CONTRATO DE APORTE 20002102022 | C62 | 1,00 | $10.362.060,00 | | 0,00 | $10.362.060,00 |

**Notas:**

**SON:** (diez millones trescientos sesenta y dos mil sesenta pesos )
**CUFE:** ee05c949c5642a06fdb1988ab4bbcccd83ecb7c9c3cd3be86581cb28345f8790ca2a191cfb3203f50dc29968a5158b8c

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $10.362.060,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $10.362.060,00 |

**Firma Digital:** VjPRKJIKGtT10LcuvFc14gb8R1fwQWFLJ1TuszXBbPTWb98Aohz5/Y4kRlokdl24 uRrGjm8waBrenbNyvU7Rz13yxXrrxGmB98v3bONE9zkV1nN02Z 0EXuIKAbwpipXB EGqv7mJLbYq0HqnZ10SXoHL0bUaW0nj8gqXWHN3bl0X3Go17+bN6b+c70FQAGyM7 /05s5le0F5Bu2LLsEcAO16KuMitHd/laaQI K6XQxtGyeNsLA5lFzmq2E1eul1s4o R/gvxcp4V5uhN2s8vGOYljXzJ9M3EcUJrlvCyovru8qNwb86eY5YhR53cZWjvD/F eEbPwgg6EGVallB28CPN kA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

| | | |
|---|---|---|
| | **CERTIFICACION** | **VERSIÓN: 01** |
| | | **FECHA: 01/08/2021** |
| | | |

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

Valledupar, 31 de octubre de 2022.

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Regional Cesar

Valledupar

Asunto: certificación de paz y salvo aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario, la entidad que represento ha pagado los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF, cuando sea el caso); y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al Sistema de seguridad Social en Salud y Pensiones correspondientes al mes de octubre de 2022.

Atentamente,

**JOSE LOZANO VEGA**
**REVISOR FISCAL**
**CC 77023752**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1DAE0782F7C7F1C9

**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 **JOSE VICENTE LOZANO GUTIERREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 77023752 de VALLEDUPAR (CESAR) Y Tarjeta Profesional No 91295-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Octubre de 2022 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

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

91295-T



JOSE VICENTE
LOZANO GUTIERREZ
C.C. 77023752
RESOLUCION INSCRIPCION 10 FECHA 2003/03/13
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

PRESIDENTE 100742

ESTA TARJETA
PROFESIONAL
ESTA
CERTIFCANDO
LOS INGRESOS DE
FUNDACION NIÑO FELIZ

**NIT: 800145039-1**

FIRMA DEL TITULAR

**010300**

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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

AÑO 2020-2019

VALIDO CON FIRMA ORIGINAL

BIENESTAR FAMILIAR

# HOJA DE RUTA CERTIFICACIÓN DE DESEMBOLSO

## PROCESO DE PROTECCION

| CONTRATO | No. | AÑO | DIRECCIÓN REGIONAL: | VALLEDUPAR | Nº DESEMBOLSO: | 5 | PERIODO: | OCTUBRE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20002102022 | 2022 | | | | | | |

| RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: | FUNDACION NIÑO FELIZ | | |
|---|---|---|---|
| NIT: 890.146.038-1 | SERVICIO: | INTERNADO - VIOLENCIA SEXUAL | |

| TIPO | | | |
|---|---|---|---|
| Contrato de aporte | X | Convenio | |

### GESTIÓN DOCUMENTAL

DEL 1ro AL 10 DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | FECHA | HORA | RESPONSABLE | FOLIOS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Radicación documentos por parte de la EAS en el Centro Zonal. | | | | | |
| 2 | Entrega de documentos al Financiero del Contrato. | | | | | |

### GESTION FINANCIERA DEL CONTRATO

DEL 2 AL 17 DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | N/A | CUMPLE | NO CUMPLE | RESPONSABLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Oficio de perfeccionamiento y legalización del contrato en el cual se indique la fecha de legalización e inicio de su ejecución. En el caso de efectuarse modificaciones contractuales deberá allegarse el documento contentivo de la adición o reducción y el oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la dependencia competente. | X | | | | |
| 5 | Copia actualizada del Registro Unico Tributario (RUT), en caso de existir modificaciones en la información allí contenida. | X | | | | |
| 6 | Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación. | X | | | | |
| 7 | Copia de las pólizas debidamente aprobadas por el Grupo Jurídico. | X | | | | |
| 8 | Copia de las consignaciones que acredite el pago del impuesto de timbre cuando haya lugar. | X | | | | |
| 9 | Copia del acta de inicio, cuando se haya pactado como requisito para la ejecución contractual. | X | | | | |
| 10 | Certificación original de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, formato F5.P17.GF "Formato Certificacion Pagos Diferentes Honorarios y Viaticos v14.xlsx". | | X | | | |
| 11 | Factura o documento equivalente. | | X | | | |
| 12 | Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal en la cual conste que se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales. | | X | | | |
| 13 | Cedula del Representante legal cuando aplique. | X | | | | |
| 14 | Tarjeta profesional del Revisor Fiscal cuando aplique. | | X | | | |
| 15 | Certificado Junta central de Contadores Vigente cuando aplique. | | X | | | |

CENTRO ZONAL — VALLEDUPAR No 2

| Revisado por: | Nombre | Firma | Fecha de Envio DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | JOURGEN JOUSSETH OROZCO OROZCO | | 24 | 11 | 2022 | 15:24:00 |

DEVOLUCIONES

| NOMBRE QUIEN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCIÓN | HORA DE DEVOLUCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | | | |

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

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

### GESTION ASISTENCIA TECNICA REGIONAL

DEL 2 AL 24 DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | N/A | CUMPLE | NO CUMPLE | RESPONSABLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | Oficio de perfeccionamiento y legalización del contrato en el cual se indique la fecha de legalización e inicio de su ejecución. En el caso de efectuarse modificaciones contractuales deberá allegarse el documento contentivo de la adición o reducción y el oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la dependencia competente. | | | | | |
| 17 | Copia actualizada del Registro Unico Tributario (RUT), en caso de existir modificaciones en la información allí contenida. | | | | | |
| 18 | Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación. | | | | | |
| 19 | Copia de las pólizas debidamente aprobadas por el Grupo Jurídico. | | | | | |
| 20 | Copia de las consignaciones que acredite el pago del impuesto de timbre cuando haya lugar. | | | | | |
| 21 | Copia del acta de inicio, cuando se haya pactado como requisito para la ejecución contractual. | | | | | |
| 22 | Certificación original de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, formato F5.P17.GF "Formato Certificacion Pagos Diferentes Honorarios y Viaticos v14.xlsx". | | | | | |
| 23 | Factura o documento equivalente. | | | | | |
| 24 | Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal en la cual conste que se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales. | | | | | |
| 25 | Cedula del Representante legal cuando aplique. | | | | | |
| 26 | Tarjeta profesional del Revisor Fiscal cuando aplique. | | | | | |
| 27 | Certificado Junta central de Contadores Vigente cuando aplique. | | | | | |

GRUPO REGIONAL — ASISTENCIA TECNICA

| Revisado por: | Nombre | Firma | Fecha de Envio DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ANGELICA JAIDITH MAESTRE DAZA | | | | | |

DEVOLUCIONES

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

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

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

### GESTIÓN FINANCIERA REGIONAL

HASTA ANTES DE LOS 2 ÚLTIMOS DÍAS HABILES DE CADA MES

| ITEM | TIPO DOCUMENTAL | N/A | CUMPLE | NO CUMPLE | RESPONSABLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | Oficio de perfeccionamiento y legalización del contrato en el cual se indique la fecha de legalización e inicio de su ejecución. En el caso de efectuarse modificaciones contractuales, deberá allegarse el documento contentivo de la adición o reducción y el oficio de perfeccionamiento y legalización expedido por la dependencia competente. | | | | | |
| 29 | Copia actualizada del Registro Unico Tributario (RUT), en caso de existir modificaciones en la informacion allí contenida. | | | | | |
| 30 | Copia del Registro Presupuestal expedido a través del SIIF Nación. | | | | | |
| 31 | Copia de las pólizas debidamente aprobadas por el Grupo Jurídico. | | | | | |
| 32 | Copia de las consignaciones que acredite el pago del impuesto de timbre cuando haya lugar. | | | | | |
| 33 | Copia del acta de inicio, cuando se haya pactado como requisito para la ejecución contractual. | | | | | |
| 34 | Certificación original de cumplimiento expedida por el supervisor o interventor del contrato, formato F5.P17.GF "Formato Certificacion Pagos Diferentes Honorarios y Viaticos v14.xlsx". | | | | | |
| 35 | Factura o documento equivalente. | | | | | |
| 36 | Certificación suscrita por el representante legal o revisor fiscal en la cual conste que se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales. | | | | | |
| 37 | Cedula del Representante legal cuando aplique. | | | | | |
| 38 | Tarjeta profesional del Revisor Fiscal cuando aplique. | | | | | |
| 39 | Certificado Junta central de Contadores Vigente cuando aplique. | | | | | |

### COORDINACIÓN FINANCIERA REGIONAL

| Revisado por: | Nombre | Firma | FECHA DE RECEPCIÓN DIA | MES | AÑO | HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | | | | | |

DEVOLUCIONES

| NOMBRE QUIEN DEVUELVE | FECHA DE DEVOLUCION | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 0 | | | |

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

| NOMBRE QUIEN RECEPCIONA | FECHA DE RECEPCION | HORA DE RECEPCIÓN | FIRMA |
|---|---|---|---|
| 0 | | | |

**NOTA 1**: Es importante verificar por parte del responsable del diligenciamiento del presente formato que los documentos físicos aquí relacionados hayan cumplido la revision correspondiente en el centro zonal.

**NOTA 2**: La información consignada en el formato, se soporta de acuerdo la Resolucion 3333 del 2015.

**NOTA 3**: La información anteriormente relacionada debera reposar en fisico y/o en digital acorde a las directrices institucionales.

ELABORADO POR: **Angélica Martinez**- Enlace Financiero de Primera Infancia Regional Cesar, **Evelin Cuija**-Financiero Cz Valledupar N1, **Kely Cordoba**-Financiero Cz Agustin Codazzi, **Ibon Perez**- Financiero Cz Chiriguana y **Loisbeth Fernandez**- Financiero Cz Aguachica.

Antes de imprimir este documento piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° | |
|---|---|
| **Hora: 10:00 a.m** | **Fecha: 10 NOVIEMBRE 2022** |
| **Lugar:** | **Oficina protección** |
| **Dependencia que Convoca:** | GRUPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN |
| **Proceso:** | PROTECCIÓN |
| **Objetivo:** | Revisión de la respuesta al requerimiento notificado a la Fundacion Niño feliz Rad. 20224100200014941 – Contrato de Aporte 20002102022 |

**Participantes:**
Profesionales del Equipo de Apoyo a la supervisión

**Desarrollo:**
El día 31 de octubre de la presente anualidad fue entregado al equipo de apoyo a la supervisión por parte de la supervisora de contrato de aporte respuesta de las observaciones por presunto incumplimiento a las obligaciones contractuales establecidas en la visita de supervisión hecha a la Fundación Niño Feliz donde se desarrolla las modalidades internado.

El equipo procedió con la revisión documental entregada por el operador haciendo revisión de cada uno de los componentes que tuvieron afectación como lo fue Técnico (obligaciones 2, 3,7, 12 y 14), componente administrativo (obligaciones 2 y 7) y sistema integrado de gestión (obligación 2 del eje ambiental y obligaciones 3 y del eje de calidad).

Como resultado de la revisión documental el equipo definió cumplimiento del 100% de todas las obligaciones contractuales afectadas.

| FIRMA ASISTENTES | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** | **Cargo / Dependencia** | **Entidad** | **Firma** |
| Luz Johanna Ramírez de la Rosa | Psicóloga equipo de apoyo a la supervisión | ICBF | Luz Johanna Ramirez |
| Lina Marcela Hernández Acosta | Abogada equipo de apoyo a la supervisión | ICBF | Lina Hdez A |
| **Próxima reunión** | **Fecha** | **Hora** | **Lugar** |
| | | | |




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

Yo, ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA

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 | FUNDACION NIÑO FELIZ | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 800.145.039-1 | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NUMERO DOCUMENTO FUENTE | 20002102022 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 29 (día) julio (mes) 2022 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 1 (día) agosto (mes) 2022 (año) | HASTA | 30 (día) noviembre (mes) 2022 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 24 (día) Noviembre (mes) 2022 (año) | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: | 5 DE 5 |
| VALOR A PAGAR | $ 57,992,908.00 | EN LETRAS | CINCUENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/CTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) octubre (mes) 2022 (año) | HASTA | 31 (día) octubre (mes) 2022 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIO | 163722 | 10 | C4102;1500-14-0-4102037-02 | 123-MODALIDADES DE ACOGIMIENTO | 02-02-02-009-003-03 | $ 57,992,908.00 |

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

**2.2 INFORMACIÓN BANCARIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONSIGNAR EN EL BANCO: | DAVIVIENDA | NÚMERO DE CUENTA | 257100064290 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

En la presente Certificacion se deja constancia que el Contratista Cumplió a cabalidad con la CLAUSULA SEPTIMA del Contrato de Aporte, con previa aprobacion del supervisor del contrato, Grupo de Apoyo a la Supervision y Apoyo Financiero. SE REALIZA PAGO MES OCTUBRE CUPOS REALES.

**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 | $ | 57,992,908.00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 57,992,908.00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 57,992,908.00 |

**SUPERVISOR[ES], INTERVENTOR[ES] O INTERLOCUTOR[ES] DEL CONTRATO**

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA | COORDINADORA CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | REGIONAL CESAR | CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| JOURGEN JOUSSETH OROZCO OROZCO | APOYO A LA GESTIÓN | REGIONAL CESAR | CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| ANGELICA MAESTRE DAZA | G.A.T | | |

**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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

**FUNDACION NIÑO FELIZ**
NIT: 800145039-1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Jurídica
Tel. 3113275938
Email. funnifez@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764034529184 válida desde 2022-08-25 hasta 2023-08-25 rango desde FEVF-1 hasta FEVF-1000.

| | |
|---|---|
| **Cliente:** | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS |
| **NIT:** | 899999239-2 |
| **Dirección:** | CALLE 16B N 11 -15, Valledupar, Cesar, Colombia, CP 200005 |
| **Teléfono:** | 3028471425 |
| **Email:** | Jourgen.Orozco@icbf.gov.co |
| **Forma de Pago:** | Crédito |
| **Medio de Pago:** | Transferencia Débito Interbancario |
| **Fecha de Pago:** | 25/11/2022 |
| **Total de Lineas:** | 1 |

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:** | **FEVF - 4** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **12:01:06** |
| **FECHA FIRMADO:** | **23/11/2022 12:01:07** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 23 | 11 | 2022 | 23 | 11 | 2022 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CO001 | ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 7 A 17 AÑOS y 11 MESES, CON PROCESO ADMINISTRATVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS , VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DENTRO Y FUERA DEL CONFLICTO ARMADO Y/O VÍCTIMAS DE TRATA, EN LA MODALIDAD INTERNADO DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN, DIRIGIDO A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, EN LAS MODALIDADES DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS; MANUAL OPERATIVO MODALIDADES Y SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DE LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS Y EL MODELO DE ENFOQUE DIFERENCIAL DE DERECHOS DEL ICBF. | C62 | 1,00 | $57.992.908,00 | | 0,00 | $57.992.908,00 |

**Notas:**

**SON:** (cincuenta y siete millones novecientos noventa y dos mil novecientos ocho pesos )
**CUFE : 106d6bc763f69e922d7f4ef109466db38e671a758d2fc806e56be617debbbfb8ae9cfa7d1dc4a238ed6829169f109ffb**

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $57.992.908,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $57.992.908,00 |

**Firma Digital:** rCjiP8Oq4wbHrIFn6s9p5yiJM8dhPJPjsqepqoMqjSLoCMd/lb/RtoTgYgjj1kSM +jYlnAAEpyA1AnmRjTp3FLPZ7LLHbTW+yLeg/MHuYVvTXarOW5CrycwJxtMuFAo vuNZHXAwjWSBGD9ojDwEaXo8lQYRY4Nss+K4sWJ+E8T8GvlUqAI4OPUXmk15QUr Iv5goKHicjcs57meaX□□TjvOihLgn8T3yX/Twhyp9kDxVY2YUHwcKO+CJYKn19sV I2b8euf/ja5Fj1ZcoHem4jN25yonPCVrWG6yE0ks071al4Tm3SLuDPH55Gb9qAzb jwJXdrEOKF++SRyubKyo eg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

| | | |
|---|---|---|
| | CERTIFICACION | VERSIÓN: 01<br>FECHA: 01/08/2021 |

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

Valledupar, 31 de octubre de 2022.

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Regional Cesar

Valledupar

Asunto: certificación de paz y salvo aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario, la entidad que represento ha pagado los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF, cuando sea el caso); y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa ha cumplido con todos los pagos al Sistema de seguridad Social en Salud y Pensiones correspondientes al mes de octubre de 2022.

Atentamente,

JOSE VICENTE LOZANO
T.P. 91295-T
REVISOR FISCAL

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

91295-T

ESTA TARJETA



JOSE VICENTE
LOZANO GUTIERREZ
C.C. 77023752
RESOLUCION INSCRIPCION 10 FECHA 2003/03/13
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

PRESENTE ESTE CERTIFICANDO
LOS INGRESOS DE [illegible] ACIONES
FUNDACION NIÑO FELIZ

100742

NIT: 800145039-1

FIRMA DEL TITULAR

010300

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 Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

AÑO 2020-2019

VALIDO CON FIRMA ORIGINAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

1DHE0782F7C7F1C9

**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 **JOSE VICENTE LOZANO GUTIERREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 77023752 de VALLEDUPAR (CESAR) Y Tarjeta Profesional No 91295-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Octubre de 2022 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

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDORES

Valledupar, 30 de octubre de 2022.

Señores:
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**Regional Cesar**
Valledupar

**MARLENE CECILIA DIAZ ARAUJO,** identificada con cedula de ciudadanía Nº. 36.487.078 de Codazzi Cesar en calidad de representante Legal de la institución contratista **FUNDACION NIÑO FELIZ** identificada con NIT 800145039-1, certifico que la entidad se encuentra a paz y salvo con los proveedores contratado para la prestación de servicio. Periodo correspondiente al mes de octubre.

Atentamente,

**MARLENE DIAZ ARAUJO**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**CC 36487078**

| | | |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 01 |
| | | FECHA: 01/08/2021 |
| | CERTIFICADO | PÁGINA: 1 |

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL TALENTO HUMANO

Valledupar, 30 de octubre de 2022.

Señores:
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**Regional Cesar**
Valledupar

**MARLENE CECILIA DIAZ ARAUJO,** identificada con cedula de ciudadanía N°. 36.487.078 de Codazzi Cesar en calidad de representante Legal **FUNDACION NIÑO FELIZ** identificada con NIT 800145039-1, certifico que la entidad se encuentra a paz y salvo con el talento humano contratado para la prestación de servicio. Periodo correspondiente al mes de octubre.

Atentamente,

**MARLENE DIAZ ARAUJO**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**CC 36487078**

| | | |
|---|---|---|
| | **CERTIFICACION** | **VERSIÓN: 01** |
| | | **FECHA: 01/08/2021** |
| | | |

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

Valledupar, 30 de octubre de 2022.

Señores:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Regional Cesar

Valledupar

Asunto: certificación de paz y salvo aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario, la entidad que represento ha pagado los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales (Caja de Compensación Familiar, SENA e ICBF, cuando sea el caso); y se encuentra a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Adicionalmente, que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios y/o cooperativa, ha cumplido con todos los pagos al Sistema de seguridad Social en Salud y Pensiones correspondientes al mes de octubre de 2022.

Atentamente,

**JOSE LOZANO VEGA**
**REVISOR FISCAL**
**CC 77023752**

República de Colombia
**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Cecilia de la Fuente de Lleras
**Regional: CESAR**
Centro Zonal: Valledupar 2

# CERTIFICACIÓN DE CUPOS CONTRATADOS Y CUPOS UTILIZADOS

El Representante Legal de la entidad contratista, certifica con base en el principio de la buena fe y con base en la revisión sobre el Registro Mensual de Menores presentado al ICBF, que la entidad atendió a adolescentes y jóvenes bajo su cuidado.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE APORTE N°** | **20002102022** | | |
| Fecha de Suscripción del Contrato | 1/'08/2022 | | |
| **CONTRATISTA** | **FUNDACION NIÑO FELIZ** | | |
| **NIT.** | 800145039 | **Digito de verificación** | 1 |
| Objeto del Contrato | BRINDAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 7 A 17 AÑOS Y 11 MESES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DENTRO Y FUERA DEL CONFLICTO ARMADO Y/O VÍCTIMAS DE TRATA., EN LA MODALIDAD INTERNADO. | | |
| Programa: | **INTERNADO** | Modalidad: INTERNADO | |
| **PERIODO CERTIFICADO:** | **1 al 31 de octubre de 2022** | días atención: | 31 |
| Valor Inicial del Contrato | **$212.632.596.oo** | | |
| (-) Modif. Contrato - Disminución | ---------- | | |
| (+) Modif. Contrato + Adición | **0** | | |
| Vr. TOTAL, DEL CONTRATO | **$212.632.596.oo** | | |
| Cupos contratados: | **31** | | |
| Valor Cupo Mes: | **$1.881.909.oo** | | |
| Valor Cupo Dia: | **60.706.oo** | | |

| Modalidad | Cupos contratados | Total, Cupos Utilizados |
|---|---|---|
| INTERNADO | 31 | 31 |

| | |
|---|---|
| FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL | **MARLENE DIAZ ARAUJO**<br>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL |
| C.C Nro. 36.487.078 de Codazzi, Cesar | C.C Nro. 36.487.078 de Codazzi, Cesar |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Regional | CESAR | Informe correspondiente al periodo: | Modalidades: | Licencia de funcionamiento Res. No. | Vencimiento licencia de funcionamiento | Cupos contratados | Valor total pagado por modalidad | |
| | Centro Zonal | VALLEDUPAR 2 | OCTUBRE | (1) INTERNADO | 543 | 45107 | 0 | $ | - |
| | Municipio | VALLEDUPAR 2 | Fecha de elaboración (dd/mm/aa): | (2) EXTERNADO MEDIA JORNADA | 0 | 0 | 0 | $ | - |
| | Entidad contratista | FUNDACION NIÑO FELIZ | 31 DE OCTUBRE 2022 | (3) INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL | 0 | 0 | 0 | $ | - |
| | NIT | 800145039 | Fecha de presentación (dd/mm/aa): | (4) APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO | 0 | 0 | 0 | $ | - |
| | Contrato No. | 20002102022 | 3 DE NOVIEMBRE DE 2022 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| | Valor del alistamiento | $ - | Vigencia desembolso Alistamiento | | Fecha desembolso | (dd/mm/año) | | | |

| CODIGO | EJECUCION DE INGRESOS | 1 | 2 | 3 | 4=(1+2)-3 | 5 | (6) | 7=(5+6) | 8=(7/4) | 9 | | 10=(4-7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1000 | OBJETO DEL INGRESO | Presupuesto inicial del periodo a ejecutar | Adición | Disminución | Presupuesto al final del periodo ejecutado | Valor ingresos acumulados al mes 3 | Ingresos - mes 4 | Valor total ingresos al final de periodo ejecutado | % Aportes recibidos | Ejecucion de Gastos | | Total saldo por ingresar |
| | | | | | | | | | | Ingresos Pagados | Cuentas por Cobrar | |
| 1100 | Aportes ICBF | 212,632,596 | 0 | 0 | 212,632,596 | 140,732,470 | 58,339,179 | 199,071,649 | 93.62% | 0 | 0 | 13,560,947 |
| 1200 | Donaciones (Cuando aplique) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 1300 | Rendimientos Financieros (Cuando aplique) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 1400 | Aportes de la institución (Cuando aplique) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 1500 | Otros ingresos (Cuando aplique) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| | TOTAL INGRESOS | 212,632,596 | 0 | 0 | 212,632,596 | 140,732,470 | 58,339,179 | 199,071,649 | 93.62% | 0 | 0 | 13,560,947 |

| Nombres y apellidos del representante legal | Nombres y Apellidos del Tesorero o Contador Publico | Nombres y apellidos del Revisor Fiscal (2) |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |

(1) NOTA - Revisor Fiscal : Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

| CODIGO | EJECUCION DE INGRESOS | 1 | 2 | 3 | 4=(1+2)-3 | 5 | (6) | 7=(5+6) | 8=(7/4) | 9 | | 10=(4-7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2000 | OBJETO DEL GASTO | Presupuesto inicial del periodo a ejecutar | Adición | Disminución | Presupuesto al final del periodo ejecutado | Gastos acumulados al mes 3 | Gastos - mes 4 | Valor total ejecutado al final de periodo | % aportes ejecutados | Ejecucion de Gastos | | Total saldo por ejecutar |
| | | | | | | | | | | Gastos Pagados | Cuentas por Pagar | |
| 2100 | 1. TALENTO HUMANO | | | | | | | | | | | |
| 2101 | Salario | 4,000,000 | 0 | 0 | 4,000,000 | 2,000,000 | 1,000,000 | 3,000,000 | 75.00% | 0 | 0 | 1,000,000 |
| 2102 | Auxilio de transporte | 468,688 | 0 | 0 | 468,688 | 234,344 | 117,172 | 351,516 | 75.00% | 0 | 0 | 117,172 |
| 2103 | Horas extras y recargo nocturno | 2,295,640 | 0 | 0 | 2,295,640 | 1,312,766 | 656,383 | 1,969,149 | 85.78% | 0 | 0 | 326,491 |
| 2104 | Cesantías | 564,812 | 0 | 0 | 564,812 | 282,406 | 141,203 | 423,609 | 75.00% | 0 | 0 | 141,203 |
| 2105 | Vacaciones | 166,800 | 0 | 0 | 166,800 | 141,032 | 25,768 | 166,800 | 100.00% | 0 | 0 | 0 |
| 2106 | Prima de servicios | 564,812 | 0 | 0 | 564,812 | 282,406 | 141,203 | 423,609 | 75.00% | 0 | 0 | 141,203 |
| 2107 | Intereses/cesantías | 56,480 | 0 | 0 | 56,480 | 28,240 | 14,120 | 42,360 | 75.00% | 0 | 0 | 14,120 |
| 2108 | Aportes parafiscales (SENA, Icbf y Caja de compensación) | 360,000 | 0 | 0 | 360,000 | 180,000 | 90,000 | 270,000 | 75.00% | 0 | 0 | 90,000 |
| 2109 | Aportes salud, pensión y ARL | 1,161,760 | 0 | 0 | 1,161,760 | 580,880 | 290,440 | 871,320 | 75.00% | 0 | 0 | 290,440 |
| 2110 | Honorarios | 72,000,000 | 0 | 0 | 72,000,000 | 36,000,000 | 20,500,000 | 56,500,000 | 78.47% | 0 | 0 | 15,500,000 |


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

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2111 | Dotación trabajadores | 1,000,000 | 0 | 0 | 1,000,000 | 0 | | 0 | 0.00% | 0 | 0 | 1,000,000 |
| 2112 | Implementación Sistema Integrado de Gestión | 8,000,000 | 0 | 0 | 8,000,000 | 4,000,000 | 2,000,000 | 6,000,000 | 75.00% | 0 | 0 | 2,000,000 |
| 2113 | Otros gastos (Otros ingresos) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| | **SUBTOTAL** | **90,638,992** | **0** | **0** | **90,638,992** | **45,042,074** | **24,976,289** | **70,018,363** | **77.25%** | **0** | **0** | **20,620,629** |
| **2200** | **2. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES** | | | | | | | | | | | |
| 2201 | Alimentación | 55,800,000 | 0 | 0 | 55,800,000 | 25,801,352 | 14,507,434 | 40,308,786 | 72.24% | 0 | 0 | 15,491,214 |
| 2202 | Emergencias y botiquín (Medicamentos no incluidos en el POS) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2203 | Educación (Dotación escolar, material pedagógico y de aseo escolar) | 5,500,000 | 0 | 0 | 5,500,000 | 82,000 | 798,400 | 878,400 | 15.97% | 0 | 0 | 4,621,600 |
| 2204 | Dotación personal | 5,000,000 | 0 | 0 | 5,000,000 | 0 | 3,200,390 | 3,200,390 | 64.01% | 0 | 0 | 1,799,610 |
| 2205 | Dotación de aseo e higiene personal | 4,000,000 | 0 | 0 | 4,000,000 | 2,000,000 | 1,000,000 | 3,000,000 | 75.00% | 0 | 0 | 1,000,000 |
| 2206 | Recreación | 1,000,000 | 0 | 0 | 1,000,000 | 0 | 500,000 | 500,000 | 50.00% | 0 | 0 | 500,000 |
| 2207 | Dotación lúdico deportiva (por reposición) | 500,000 | 0 | 0 | 500,000 | 0 | 0 | 0 | 0.00% | 0 | 0 | 500,000 |
| 2208 | Transporte para niños, niñas y adolescentes | 10,000,000 | 0 | 0 | 10,000,000 | 5,000,000 | 2,500,000 | 7,500,000 | 75.00% | 0 | 0 | 2,500,000 |
| 2209 | Centros de Interés - Artes (Solo SRPA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2210 | Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (Subproyecto 112) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2211 | Orientación para la vida personal, social, profesional y vocacional (Subproyecto 111) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2212 | Dotación básica (Aplica por reposición o adición al contrato) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2213 | Dotación menaje alimentación (por reposición) | 1,000,000 | 0 | 0 | 1,000,000 | 0 | 0 | 0 | 0.00% | 0 | 0 | 1,000,000 |
| 2214 | Encuentros Familiares (Casa de Acogida y Casa de Protección) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2215 | Otros gastos (Otros ingresos) | 1,000,000 | 0 | 0 | 1,000,000 | 0 | 444,787 | 444,787 | 44.48% | 0 | 0 | 555,213 |
| | **SUBTOTAL** | **83,800,000** | **0** | **0** | **83,800,000** | **32,883,352** | **22,949,011** | **55,832,363** | **66.63%** | **0** | **0** | **27,967,637** |

| CODIGO | EJECUCION DE GASTOS | 1 | 2 | 3 | 4=(1+2)-3 | 5 | 6 | 7=(5+6) | 8=(7/4) | 9 | | 10=(4-7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2000 | OBJETO DEL GASTO | Presupuesto inicial del periodo a ejecutar | Adición | Disminución | Presupuesto al final del periodo ejecutado | Gastos acumulados al mes 3 | Gastos - mes 4 | Valor total ejecutado al final de periodo | % aportes ejecutados | Ejecucion de Gastos | | Total saldo por ejecutar |
| | | | | | | | | | | Gastos Pagados | Cuentas por Pagar | |
| **2300** | **3. GASTOS GENERALES** | | | | | | | | | | | |
| 2301 | Servicios públicos | 6,000,000 | 0 | 0 | 6,000,000 | 3,619,523 | 1,871,792 | 5,491,315 | 91.52% | 0 | 0 | 508,685 |
| 2302 | Mantenimiento y reparaciones instalaciones locativas | 6,000,000 | 0 | 0 | 6,000,000 | 1,500,000 | 1,950,000 | 3,450,000 | 57.50% | 0 | 0 | 2,550,000 |
| 2303 | Utilización de instalaciones en ambientes sanos y adecuados | 10,000,000 | 0 | 0 | 10,000,000 | 5,000,000 | 2,500,000 | 7,500,000 | 75.00% | 0 | 0 | 2,500,000 |
| 2304 | Reparación y mantenimiento de dotación institucional | 3,708,487 | 0 | 0 | 3,708,487 | 0 | 1,420,000 | 1,420,000 | 38.29% | 0 | 0 | 2,288,487 |
| 2305 | Papelería | 2,000,000 | 0 | 0 | 2,000,000 | 831,000 | 45,000 | 876,000 | 43.80% | 0 | 0 | 1,124,000 |
| 2306 | Aseo | 2,000,000 | 0 | 0 | 2,000,000 | 999,600 | 556,000 | 1,555,600 | 77.78% | 0 | 0 | 444,400 |
| 2307 | Transporte personal institución para visitas domiciliarias a los hogares y/o traslado de niños, niñas y adolescentes | 4,000,000 | 0 | 0 | 4,000,000 | 1,000,000 | 1,000,000 | 2,000,000 | 50.00% | 0 | 0 | 2,000,000 |
| 2308 | Gravamen a los movimientos financieros (4 por mil) | 1,085,117 | 0 | 0 | 1,085,117 | 429,802 | 221,087 | 650,889 | 59.98% | 0 | 0 | 434,228 |
| 2309 | Gastos bancarios (comisiones, transferencias y chequeres) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2310 | Servicio de contabilidad | 3,400,000 | 0 | 0 | 3,400,000 | 1,450,000 | 850,000 | 2,300,000 | 67.65% | 0 | 0 | 1,100,000 |
| 2311 | Otros (lo que se requiera para el adecuado desarrollo de la modalidad) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| 2312 | Otros gastos (Otros ingresos) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 0 | 0 |
| | **SUBTOTAL** | **38,193,604** | **0** | **0** | **38,193,604** | **14,829,925** | **10,413,879** | **25,243,804** | **66.09%** | **0** | **0** | **12,949,800** |



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL GASTOS ( 1+2+3+4+5) | 212,632,596 | 0 | 0 | 212,632,596 | 92,755,351 | 58,339,179 | 151,094,530 | 71.06% | 0 | 0 | 61,538,066 |

| Nombres y apellidos del representante legal | Nombres y apellidos del Tesorero o Contador | Nombres y apellidos del revisor fiscal (2) |
|---|---|---|
| Firma | Firma | Firma |

**(1) NOTA -** En ningún caso el informe de seguimiento financiero podrá presentarse con saldos negativos en la columna (10) Total Saldos por ejecutar.

**(2) NOTA -** Revisor Fiscal: Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

**(3) NOTA -** El siguiente cuadro debe ser diligenciado de acuerdo con lo establecido en la cláusula contractual forma de desembolso y en cualquier modificación contractual relacionada con alistamiento,

**(4) NOTA: Saldo a Reintegrar por alistamiento:** El reintegro por alistamiento se presenta de la siguiente forma: 1). Cuando el contrato abarca dos (2) vigencias se debe: a) Tomar el valor del alistamiento de la

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total Ingresos en el mes | $ 58,339,179 | Ingresos Acumulados | $ 199,071,649 |
| Total Egresos en el mes | $ 58,339,179 | Egresos Acumulados | $ 151,094,530 |
| Saldo del mes | $ - | Saldo acumulado | $ 47,977,119 |


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

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 2022720022

(FORM - PERIODICO O FINAL (SI ES PERIODICO, INDICAR NUMERO DE INFORME) DEL 6° AL 31 DE OCTUBRE DEL 2022

1. Datos generales

Periodo del informe 01 AL 31 DE OCTUBRE DEL 2022

Número de contrato/convenio 2300150022

Tipo de contrato/convenio APORTES

Fecha suscripción contrato/convenio 29/07/2022

Valor inicial del contrato/convenio 212.632.596

Plazo de Ejecución inicial (fecha cuando) 1/08/2022

Objeto

PRESTAR ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES DE 14 AÑOS A 17 MESES, CON PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL DENTRO DE LA FIGURA DEL CONFLICTO ARMADO Y/O VÍCTIMAS DE TRATA EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR EN LA MODALIDAD INTERNADO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF

Alcance del objeto (si aplica)

2. Datos supervisor

Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio): ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA
COORDINADORA CZ VALLEDUPAR No. 2

Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación si aplica):

Nombre Supervisor ICBF (para efectos de la notificación): ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA
COORDINADORA CZ VALLEDUPAR No. 2

Otros supervisores (*):

(*) Si requiere más de dos supervisores, adjuntar la lista.

Nombre y Cargo Supervisor ICBF (que suscribió el acta de inicio del contrato/convenio): ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA
COORDINADORA CZ VALLEDUPAR No. 2

Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica):

Supervisores otras entidades (encargantes) (Si aplica):

Cargos de otros supervisores:

3. Datos contratista

Nombre Contratista: FUNDACION EL NUEVO FUTURO

Dirección: Carrera 19 A # 8 A - barrio La Granja

Representante Legal que suscribió el contrato/convenio: MARLENE CECILIA DIAZ ARAUJO

Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal (rl): 27/07/2022

Cedula o NIT: 800145038-1

Correo electrónico: fundelfu@gmail.com

Representante Legal que suscribió el acta de inicio/acta de Liquidación: MARLENE CECILIA DIAZ ARAUJO (rl)

(*) Esta debe ser diligenciada en el informe final para liquidación

4. Plazo de duración del contrato/convenio

Desde cuando: 1/08/2022

Fecha aprobación polizas: 1/08/2022

Fecha acta de inicio: 1/08/2022

Fecha documento de Prorroga (si aplica):

Fecha aprobación póliza de la prorroga:

Hasta cuando: 30/11/2022

Fecha de ejecución R.P.: 30/07/2022

Fecha inicio del contrato/convenio: 1/08/2022

Prorrogado hasta cuando (si aplica):

Fecha de terminación:

Este campo solo aplica para el informe final

5. Información presupuestal

Valor inicial del contrato/convenio: 212.632.596

Aporte ICBF: 212.632.596

Aporte Contratista (si aplica):

No. de CDP: 4[illegible]3 Fecha CDP: 21/07/2022 Valor de CDP: 212.632.596

No. de RP: 163722 Fecha RP: 30/07/2022 Valor de RP: 212.632.596

(+) 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 suscrito contratista:

Fecha aprobación póliza de la adición:

Este campo solo aplica para el informe final

(-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución: Valor disminución:

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No CDP disminución: Fecha CDP disminución: Valor CDP disminución:

BIENESTAR FAMILIAR

No de RP desmarcador _____ Fecha RP desmarcación _____ Valor RP desmarcación _____

*Si se presentan más desmarcaciones, crear filas para ello.*

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)

Valor amortizado (si aplica)

Porcentaje amortización (si aplica) _____ Fecha hasta amortizó (si aplica) _____

Periodo facturado _____

Forma de Pago

[redacted]

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

El supervisor certifica la ejecución de contratación derivada del Contrato (Convenio) No _____ de _____ celebrado(a) con _____ (Entidad, contratista, supervisor) por _____ (contratante), con el fin de _____ (objeto). De igual manera alega relación de dicha contratación en _____ folios en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la ejecución, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada y de que hacia sus contratantes se encuentra a paz y salvo por todo concepto.

*Cite aquí los folios correspondientes en el expediente de esta contratación derivada, la cual debe estar a cargo del supervisor y/o ordenador del gasto del Contrato de contratación.*

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

| Periodo certificado | Fecha de certificación | Valor pagado | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 01 al 31 de agosto de 2022 | 5/09/2022 | $ 47.977.119,00 | primer giro de al alamiento |
| 01 al 31 de agosto de 2022 | 27/09/2022 | $ 46.515.313,00 | pago cupos reales mes agosto |
| 01 al 30 de septiembre 2022 | 21/10/2022 | $ 46.240.038,00 | pago mes septiembre 2022 |
| | | | |

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

| Numero de pagos establecidos según cláusula de forma de pago | Valor de desembolsos según minuta contractual (A) | Valor pagado en desembolsado (B) | Diferencia (A-B) | Fecha y número de la orden de pago correspondiente | Observaciones (si el valor pagado difiere del citado en la cláusula, describir precisamente la razón, descuentos y concepto de los mismos) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 de 3 | $ 47.977.119,00 | $ 47.977.119,00 | $ - | 2[illegible]342822-22/08/2022 | primer giro de al alamiento |
| 2 de 3 | $ 47.977.119,00 | $ 46.515.313,00 | $ 1.461.806,00 | 336233622-28/09/2022 | pago cupos reales mes agosto |
| 3 de 3 | $ 47.977.120,00 | $ 46.240.038,00 | $ 1.737.082,00 | 343736722-28/10/2022 | pago mes septiembre 2022 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| TOTALES | | | | | |

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 | |
| | Aporte inicial en especie por EL ICBF | |
| | Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA | |
| | Aporte inicial en especie por CONTRATISTA | |
| | Total | |
| Valor adiciones | Adición aporte ICBF | |
| | Adición aporte CONTRATISTA | |
| | Total | |
| Valor disminuciones | Disminuciones aporte ICBF | |
| | Disminuciones aporte CONTRATISTA | |
| | Total | |
| | Aporte dinero por EL ICBF | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor total de convenio o contrato | Aporte en especie por EL ICBF | |
| | Aporte en dinero por CONTRATISTA | |
| | Aporte en especie por CONTRATISTA | |
| | Total | |
| Valor total pagado por el ICBF | | |
| Valor total ejecutado recursos del ICBF | | |
| Recursos reintegrados al ICBF | | |
| Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica) | | |
| Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA | | |
| Saldo pendiente por ejecutar ICBF | | |
| Saldo Pendiente por Pagar | | |
| Saldo pendiente por liberar | | |

Fecha cálculo de cuenta

## 12 Garantías

| Amparos | Compañía aseguradora | No. de póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde | Hasta |
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | SEGUROS DEL ESTADO S.A | 47-44-101021138 | 1/08/2022 | 31/05/2023 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | | 1/08/2022 | 31/05/2023 |
| PAGOS DE SALARIOS PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES | | | 1/08/2022 | 30/11/2022 |
| | | | | |
| RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL PREDIOS LABORALES Y OPERACIONALES | | 47-44-101026393 | 1/08/2022 | 30/11/2022 |
| | | | | |
| | | | | |

Nota: [illegible]

## 13 Sanciones

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

| Tipo de Sanción | | Número y fecha del acto administrativo que impuso la sanción | Número y fecha del acto administrativo que resolvió el proceso sancionatorio | Fecha de ejecutoria del proceso administrativo sancionatorio | Valor de la sanción en pesos |
|---|---|---|---|---|---|
| Multa | | | | | |
| Declaratoria de incumplimiento con cobro de perjuicios | Total | | | | |
| | Parcial | | | | |

## 14 Cumplimiento de Obligaciones

| 14.1 OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA | Cumplimiento (SI/NO/N.A) (ii) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones del contrato/convenio que surja contrato. | SI | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EN EL PRESENTE INFORME TECNICO Y OPERACION SOPORTA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DONDE MANIFIESTAN ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE TODAS LAS ACTIVIDADES RELATIVAS A LA EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES ESTAS TODAS ANEXO 7. FOLIO 29 |
| 2) Cumplir con el objeto del contrato y con todos los documentos técnicos contenidos documentos técnicos, especificaciones de calidad, demás documentos que obliguen la modalidad bajo su propia responsabilidad. | SI | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EL OPERADOR POR MEDIO DE CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL MANIFIESTAN SE COMPROMETEN AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO Y CON TODOS LOS DOCUMENTOS MANIFESTADOS EN ACTIVIDADES, DOCUMENTOS TECNICOS, CONDICIONES DE CALIDAD Y DEMAS DOCUMENTOS ANEXO 2. FOLIO 30 |
| 3) Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias y dar aviso por escrito al supervisor sobre cualquier anormalidad o dificultad que advierta en la ejecución y proponer alternativas de solución | SI | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | POR MEDIO DE CERTIFICACION, EL OPERADOR SE COMPROMETE A REALIZAR DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO EL SEGUIMIENTO DE LOS EVENTOS QUE AFECTEN LA PERMANENCIA O ATENCION DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ANEXO 3 FOLIO 31 |
| 4) Presentar informes de ley y soportes que demuestren a los requerimientos efectuados por los organismos de control, relacionados con la ejecución del contrato | | | N/A | ACTA DE CASOS DE VISITA Y/O COMUNICACIÓN | DURANTE EL PERIODO DE EJECUCION EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO REQUERIMIENTO EFECTUADOS POR PARTE DE LOS ORGANISMOS DE CONTROL RELACIONADOS CON LA EJECUCION DEL CONTRATO, SOPORTAN CERTIFICADO FIRMADO POR LA REPRESENTANTE LEGAL ANEXO 4. FOLIO 32 |
| 5) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato | S | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EL OPERADOR DURANTE EL PRESENTE INFORME TECNICO SOPORTA CERTIFICADO DONDE MANIFIESTAN DISPONER DE LOS MEDIOS NECESARIOS PARA EL MANTENIMIENTO, CUIDADO Y CUSTODIA DE LA DOCUMENTACION OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. ANEXO 5. FOLIO 33 |
| 6) Abstenerse durante la ejecución del contrato, los requerimientos, ofrecimientos o recomendaciones que le formulare el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones | S | | | COMUNICACIÓN ESCRITA | DURANTE EL PERIODO ACTUAL DE EJECUCIÓN NO HUBO DE RESPUESTA A REQUERIMIENTO DEJADO POR PARTE DEL EQUIPO SUPERVISOR. ANEXO 6. FOLIO 34 |
| 7) Asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia | S | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EN EL PRESENTE INFORME TECNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA SOCIALIZACION AL TALENTO HUMANO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL BUEN TRATO EN LOS COLABORADORES. ANEXO 7. FOLIO 35 37 |
| 8) Entregar oportunamente al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y los resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando sea requerido | S | | | INFORME SOLICITADO | EL OPERADOR POR MEDIO DE CERTIFICACION, SE COMPROMETE A ENTREGAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, LOS INFORMES QUE SE SOLICITEN SOBRE CUALQUIER ASPECTO Y RESULTADO OBTENIDOS EN LA EJECUCION DEL CONTRATO. ANEXO 8. FOLIO 36 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9) Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buena Fe Contractual" del manual de contratación del ICBF vigente | SI | | | | CERTIFICACIÓN | EL OPERADOR SOPORTA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL DONDE SE COMPROMETE AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN. ANEXO 5 FOLIO 10 |
| 10) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato | SI | | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EL OPERADOR EN EL PRESENTE INFORME TÉCNICO MUESTRA EVIDENCIA DE LAS GESTIONES REALIZADAS RESPECTO A SOLICITUD DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE LAS BENEFICIARIAS, ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO POR PARTE DE LA PROFESIONAL DE AREA. ANEXO 12 FOLIO 40-43 |
| 11) Constituir y otorgar en SECOP las garantías requeridas dentro de los TRES (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato | SI | | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EL OPERADOR EVIDENCIÓ EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO SOPORTE DEL CARGUE DE LAS POLIZAS CORRESPONDIENTES. ANEXO 11 FOLIO 47 |
| * 2. OBLIGACIONES DEL COMPONENTE TÉCNICO | Cumplimiento (SI / NO / A) (*) | | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (**) | Observaciones (***) |
| 1) Atender a los niños en la modalidad internado con la población, fases y características de la 3 a 17 años y 11 meses con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, víctimas de violencia sexual dentro y fuera del conflicto armado y/o víctimas de trata de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por la regional. | SI | | | | PLANILLA DE USUARIOS ATENDIDOS Y CERTIFICADO DE CUPOS CONTRATADOS Y EFECTIVAMENTE UTILIZADOS | SE EVIDENCIA LISTADO DE 31 BENEFICIARIAS ATENDIDAS DURANTE EL PERIODO ACTUAL LO CUAL DA CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN. ANEXO 12 FOLIO 14 |
| 2) Adelantar las acciones definidas de atención en el marco de la Propuesta de implementación y Cualificación aprobada. | SI | | | | INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | EN EL PRESENTE INFORME TÉCNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS A PROCESO DE ATENCIÓN EN EL MARCO DE LA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y CUALIFICACIÓN APROBADA SE EVIDENCIAN ACTIVIDADES DENTRO DE LAS CUALES SE REFIEREN LA ASISTENCIA A LOS MEDICAS, PSICOLOGICAS, ODONTOLOGICAS Y PROFESIONALES PARA LAS BENEFICIARIAS. ACTIVIDAD EN PRO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS, IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN, CELEBRACIÓN DE LA SEMANA DE ESTILOS SALUDABLES, TALLER APRENDIENDO LA IMPORTANCIA DE LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EMOCIONAL, TALLER SOLIDARIDAD, TALLER SEMANA DE RECREO Y APRENDIZAJE, ELABORACIÓN DE NO SOS EN TRATO, CLASES DE BALLET Y ENSAYOS COREOGRÁFICOS, ELABORACIÓN DE TRABAJOS MANUALES, LLUVIA DE IDEAS, HORA DEL TE SOCIALIZACIÓN REFLEXIVA TEORÍA DE PRINCIPIOS, CAPACITACIÓN QUE HACER EN CASO DE SISMO, UNA MAÑANA ACTIVIDAD ARMONÍA Y EMPATÍA PARA UNA SUEÑA CONVIVENCIA, ACTIVIDAD SOBRE EL FORTALECIMIENTO DEL AUTOESTIMA, TALLER PSICOEDUCATIVO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL, TALLER SOBRE MANEJO DEL DUELO, CONGRESO MUJERES DE INFLUENCIA |
| 3) Abrir para cada niño, niña o adolescente un único denominado historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos vigentes del ICBF | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | SE EVIDENCIA CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTA CONTAR CON LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN DE LAS BENEFICIARIAS EN PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS. ANEXO 14 FOLIO 118 |
| 4) Elaborar e implementar el cronograma de actividades, acorde con el proceso de atención establecido en los documentos y manuales técnicos del ICBF | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | SE EVIDENCIA SOPORTE DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ACORDE AL PROCESO DE ATENCIÓN PARA EL PERIODO CORRESPONDIENTE. ANEXO 15 FOLIO 120-125 |
| 5) Cumplir con el componente de alimentación y nutrición, acorde con lo establecido en los documentos y manuales técnicos del ICBF | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | AUNQUE LA OBLIGACIÓN SE VERIFICA EN SITIO, EL OPERADOR DURANTE EL PRESENTE INFORME TECNICO PRESENTA CERTIFICADO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN. ANEXO 16 FOLIO 126 |
| 6) Elaborar e implementar los documentos para el control y seguimiento al suministro de alimentos, servicio de comedor, de acuerdo con la minuta de alimentación vigente | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | AUNQUE SE EVIDENCIA SOPORTE DE LOS FORMATOS PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO AL SUMINISTRO DE LOS ALIMENTOS SUMINISTRADOS A LAS BENEFICIARIAS TAMBIÉN ES CIERTO QUE EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS MISMOS NO ES EL CORRECTO, YA QUE NO ESTÁN DILIGENCIADO EL NUMERO DE PLATOS SERVIDOS DURANTE LOS DIFERENTES TIEMPOS DE COMIDA, SE DEBE RECORDAR AL OPERADOR QUE EL FIN DEL FORMATO ES EL CONTROL DE LOS ALIMENTOS SERVIDOS. ADEMAS DE ELLO ES IMPORTANTE ENTREGAR EN LAS OBSERVACIONES SI EXISTE ALGUN CAMBIO EN LA MINUTA O USO DE LA LISTA DE INTERCAMBIOS. ANEXO 17 FOLIO 127-129. POR FAVOR TENERLO EN CUENTA PARA EL PROXIMO INFORME TÉCNICO |
| 7) Entregar a los usuarios (as), los elementos de dotación de dormitorio, aseo, de aseo e higiene, escolar y uniformes del material lúdico deportivo, acorde con lo establecido en el manual operativo del ICBF | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | EN EL ACTUAL INFORME TECNICO EL OPERADOR SOPORTA LA ENTREGA DE DOTACIÓN DE LA BENEFICIARIA ZAIRA YINETH GONZALEZ PEREZ. SOPORTAN EN EL ANEXO 18 FOLIO 131-133 |
| 8) Interactuar articular con la autoridad administrativa los protocolos necesarios para garantizar la vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con su caracterización | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | SE EVIDENCIA SOPORTE DE ARTICULACIONES Y ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LAS BENEFICIARIAS. EL OPERADOR SOPORTA ACCIONES RESPECTO A LA GESTIÓN DE OFERTAS EDUCATIVAS, ARTICULACIÓN CON INSTITUCIONES EDUCATIVAS, JORNADA ESCOLAR, PORTABILIDAD DE LAS BENEFICIARIAS. ANEXO 19 FOLIO 134-139 |
| 9. Realizar acciones para la vinculación de los usuarios (as) en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, contexto particular y características de desarrollo | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | SE EVIDENCIA SOPORTE DE LAS GESTIONES CULTURALES Y EDUCATIVAS REALIZADAS. ASI MISMO SE EVIDENCIA EN EL ACTUAL INFORME TECNICO SOPORTE DE ARTICULACIONES REALIZADAS CON SECRETARIA DE CULTURA Y POLICIA NACIONAL. ANEXO 20 FOLIO 140-142 |
| 10) Realizar acciones para que la familia y/o red vincular de apoyo participe en el proceso de atención de los usuarios (as), acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas de monitoreo del proceso de atención y el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos de las familias. | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | EN EL ACTUAL INFORME TECNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LAS ACCIONES REALIZADAS CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA DE UNO DE LOS CUALES SE ENCUENTRAN IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE CALIDAD EN LA CRIANZA JUGANDO Y PREVINIENDO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. ANEXO 21 FOLIO 143-144 |
| 11) Contar con mecanismos de control para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes, además que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego, sustancias psicoactivas y demás elementos con los que se ponga atentar contra la integridad personal. | SI | | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO EL OPERADOR EVIDENCIO SOPORTE DEL LUGAR DISPUESTO PARA MEDICAMENTOS. EL OPERADOR MANIFIESTA CUENTA CON SEGURIDAD EL CUAL SOLO TIENE ACCESO EL PERSONAL AUTORIZADO. ANEXO 17 FOLIO 127 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12) Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicios de establecimiento, de tal manera que evidencien cómo responde en el marco de la ruta de atención de caso una vez corresponda y en las carpetas del talento humano vinculado a su modalidad | N | | | PLAN DE ACCION | EN EL ACTUAL INFORME TECNICO EL EVIDENCIA SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES DENTRO DE LAS CUALES SE INCLUYEN CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA SEXUAL MANEJO DE DUELO, FORTALECIMIENTO DE AUTOESTIMA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ANEXO 16 FOLIO 156 |
| 13) Elaborar el plan de acción en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico y entregarlo al supervisor del contrato durante el primer mes de ejecución del presente contrato. | N | | | INFORME ACTAS | DURANTE EL INFORME TECNICO DEL MES DE AGOSTO SOPORTARON EL PLAN DE ACCIÓN APROBADO POR LA SUPERVISORA DE CONTRATO PARA FUTUROS INFORMES DEBEN SOPORTAR LA EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DENTRO DEL PLAN DE ACCION APROBADO ESTO QUIERE DECIR QUE SIEMPRE DEBEN APORTAR LAS ACTIVIDADES QUE FUERON PLASMADAS Y EN LOS TIEMPOS ACORDADOS A FIN DE EVIDENCIAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS |
| 14) Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la ejecución de acuerdo con lo establecido en el Política de Prevención del Daño Antijurídico | X | | | INFORME ACTAS | EL OPERADOR MANIFIESTA QUE DURANTE EL PERIODO SE PRESENTARON EVENTOS QUE FUERON REPORTADOS A LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA Y SUPERVISORA DE CONTRATO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA POLITICA DEL DAÑO ANTIJURIDICO SE EVIDENCIA SOPORTE EN EL ANEXO 24 FOLIO 167 168 |
| 15) Realizar las acciones de articulación con la oferta de la Dirección de Familias y Comunidades, de acuerdo con las directrices emitidas para ello | N | | | INFORME ACTAS | EN EL PRESENTE INFORME TECNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DE ARTICULACIÓN A LA DIRECCIÓN DE FAMILIAS LOS CUALES SE INCLUYEN PARA ESFERA DE RESPUESTA ANEXO 25 FOLIO 168 |
| 13. OBLIGACIONES COMPONENTE ADMINISTRATIVO | Cumplimiento (SI / NO / N/A) (ii) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (iii) | Observaciones (iv) |
| 1) Disponer de talento humano experto y suficiente de dedicación exigido para la ejecución de la modalidad, acorde con lo establecido en el manual operativo del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código de SIGEP, copia del contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (anual y con actualización trimestral), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y/o apoderado en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los documentos y con el tiempo de dedicación definido en las tablas de talento humano para la modalidad. La omisión acarrea sanciones | N | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | EL OPERADOR SOPORTA LISTADO DEL TALENTO HUMANO RELACIONADOS EL ROL DE LOS MISMOS SE EVIDENCIA EN EL ANEXO 26 FOLIO 169 |
| 2) Cumplir y mantener las condiciones locativas y de infraestructura de acuerdo con lo establecido en el manual operativo según la modalidad, se debe realizar verificación al inicio del contrato tanto de las condiciones locativas como de la dotación institucional | N | | | ACTAS MENSUALES DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO | EL OPERADOR DURANTE EL PERIODO INFORMA QUE NO PRESENTA AVANCE EN LAS ACTIVIDADES YA QUE AÚN NO SE ENCUENTRA EN EJECUCIÓN EL CONTRATO DE ACUERDO A LA FECHA DE INICIO DEL MISMO, EN EL PERIODO ACTUAL COMPRENDIDO ENTRE EL 1 AL 31 DE AGOSTO DE 2021 CORRESPONDIENTE AL MES DE |
| 3) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los principios y procedimientos establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra que se requiera, así como para divulgar información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. Aplica a universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier persona | | | N/A | VERIFICACIÓN EN SITIO | EL OPERADOR MANIFIESTA NO REALIZAN ENTREVISTAS, NOTAS DE PRENSA, VIDEOS, REGISTROS FOTOGRÁFICOS, DOCUMENTALES CON LAS USUARIAS DE LA INSTITUCIÓN. |
| 4) Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato para ubicar a los usuarios (as) bajo su cuidado en otra sede | | | N/A | SOLICITUD O SOLICITUDES DE AUTORIZACION | NO SE HA ENCONTRADO LA NECESIDAD DE UBICAR A LOS USUARIOS EN OTRA SEDE |
| 5) Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF | N | | | SOLICITUD O SOLICITUDES DE AUTORIZACIÓN | EL OPERADOR MANIFIESTA CONTAR CON LOS MEDIOS TECNOLOGICOS Y DE COMUNICACIONES NECESARIOS PARA REGISTRAR Y TRANSMITIR LA INFORMACIÓN AL ICBF SE VERIFICA EN SITIO CONTAR CON LOS MEDIOS |
| 6) Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de la usuaria (o), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, por el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando con normalidad | N | | | CONSULTAR EN SIM | EL OPERADOR MANIFIESTA CONFIRMACIÓN DE LOS INGRESOS Y EGRESOS DE LAS USUARIAS EN EL SISTEMA MISIONAL SE EVIDENCIA SOPORTE PANTALLAZO EN EL ANEXO 27 FOLIO 170 MES DE OCTUBRE |
| 7) Cumplir con las acciones establecidas en la Guía técnica para la metodología operativa de los programas de los primeros mil días de vida vigente | N | | | INFORMES | AUNQUE LA OBLIGACIÓN SE VERIFICA EN SITIO A LOS INFORMES TÉCNICOS LA AGOSTO SEPTIEMBRE SE EVIDENCIO SOPORTE DE LA CALIBRACIÓN DE LOS MISMOS REVISAR INFORME SEPTIEMBRE ANEXO 27 FOLIO 170 |

| 1.4 OBLIGACIONES COMPONENTE LEGAL | Cumplimiento (SI, NO, N/A) ( ) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Mantener la licencia que funcionamiento vigente para la modalidad objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución. | SI | | | COPIA DE LA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO | EL OPERADOR SOPORTO EVIDENCIA DE LA LICENCIA EN EL INFORME TECNICO DEL MES DE AGOSTO LA CUAL SE ENCUENTRA VIGENTE BAJO LA RESOLUCION 2543 DEL 1 DE JULIO DE 2022 SOPORTE EN EL ANEXO 31 FOLIO 154-157 |
| 2) Suscribir el acta de inicio del contrato. | SI | | | ACTA DE INICIO | EN EL INFORME TECNICO DEL MES DE AGOSTO SE EVIDENCIO SOPORTE DE ACTA DE INICIO DEL CONTRATO ANEXO 32 FOLIO 158 |
| 3) Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato. | SI | | | ACTAS DE REUNION | EN EL PRESENTE INFORME TECNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS LAS CUALES PRESENTAN ACTAS DE LAS MISMAS |
| 4) Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador le puedan generar la relación al contrato suscrito, presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra al paso y salvo con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral, como los aportes parafiscales, los aportes con el sistema de Seguridad Social Integral y el pago de cesantías e intereses en los tiempos establecidos para tal fin, según la normatividad vigente (no se deben tener mora en los pagos), no el suministro de elementos (uniformes, dotación) o el adecuado cumplimiento de sus labores, el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros. | S | | | CERTIFICACIONES EXPEDIDAS POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD O REVISOR FISCAL SEGUN CORRESPONDA EN CASO DE RESERVARSE LIBRO DE BANCOS CONCILIACIÓN BANCARIA (EXTRACTO) NOMINA | SE EVIDENCIA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL DONDE MANIFIESTA CUMPLEN CON LAS OBLIGACIONES LABORALES DESCRITAS ANEXO 33 FOLIO 177 |
| 1.5 OBLIGACIONES COMPONENTE FINANCIERO | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (vi) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (iii) | Observaciones (iv) |
| 1) Presentar dentro de primeros días de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los cupos financieros de cada beneficiario, para la modalidad objeto a la revisión y aprobación por parte del Supervisor | SI | | | PRESENTACION DE PRESUPUESTO INICIAL | LA Fundación presenta presupuesto inicial cantidad 200/13/2022 Anexo 34 folio 160-163 mes de agosto de 2022 |
| 2) Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento acorde con la cláusula séptima | SI | | | PRESENTAR DOCUMENTOS QUE EVIDENCIEN LA RESPONSABILIDAD DE ESTA OBLIGACIÓN | El Operador presenta informe mensual de ingresos y gastos del periodo folios 179-181certificados cupos contratados y realmente utilizados folio 184 planilla de usuarios folio 178 pago seguridad social certificación folio 182 certificación de proveedores folio 183 |
| 3) Presentar informe al finalizar el contrato en cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes aciertos y su utilización | SI | | | AL FINALIZAR CONTRATO | El operador presenta a informe general a finalizar el contrato |
| 4) Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC, según la actividad económica definida en el RUT, con los soportes debidamente organizados, en la cual identifiquen los movimientos donde las NIIF y de la información aplicaría | | | N/A | VERIFICACIÓN EN SITIO | La Fundación presenta estructura contable de acuerdo a normas contables y exigidas por el ICBF folio 60-62 folio 185 |
| Entregar y reportar mensualmente las cantidades reales de alimentos no cocidos, los destinados por un monto mínimo de acuerdo a lo contemplado en la Ley 2046 de 2020, equivalente al 30% del valor de los alimentos comprados en el mes respectivo, en razón que se tendrá derecho deducir porcentaje en razón únicamente al valor del total del contrato sobre el mismo y demás cumplimiento a lo establecido en el Anexo para el mecanismo de reporte de excedentes, en el documento "El ABC para Operadores para el Rescate de la Estrategia de Compra Local", los documentos que los modifiquen o actualicen, el aplazo dentro del término otorgado en oficio de ICBF como documento referenciado a proceso de Adquisición de | S | | | CUMPLE CON EL PORCENTAJE DEL 30% SUGERIDO POR ICBF | La Fundación presenta evidencia de compras locales Anexo 33 folio 166 |
| 6. De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.18 del Decreto 1860 de 2021 se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional; esta provisión se establecerá en un porcentaje no único por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato | S | | | DEBE PRESENTAR SOPORTE QUE SIRVAN DE VERIFICACIÓN DE LA OBLIGACIÓN | El Operador presenta garantía de provisión de bienes y servicios folio 187 paz y salvo proveedor folio 183 |
| 7) Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual de acuerdo con su política de pago | S | | | PRESENTA CERTIFICACION | El Operador presenta cumplimiento en los pagos con proveedores, anexo 34 folio 183 |
| 8) Registrar de manera oportuna e integra, libros de registro, archivos, actas, informes, soportes y demás información financiera que le solicite el Supervisor del contrato, esta información se debe suministrar, completa en el lugar de ejecución del presente, cuando y como lo solicite la Entidad de la manera que permita verificar la ejecución de recursos de forma mensual, de acuerdo con lo establecido en los documentos y, si corresponde para cuentas de cobro según aplique para la modalidad | | | N/A | FORMATO DE SEGUIMIENTO FINANCIERO VERSION VIGENTE | El Operador no presenta a en mecanismo de presentación mensual y recibe visita de supervisión en el momento que lo requiera el ICBF Formato de ingresos y gastos folio 179-181 anexo 34 folio 159 |
| 9) Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto ingresos y gastos | | | N/A | SOLICITAR Y CONTAR CON APROBACIÓN DEL SUPERVISOR DE TRASLADOS DE RECURSOS | El Operador no ha tenido la necesidad de solicitar traslado de recursos. Presenta informe de ingresos y gastos folio 179 - 181 |
| 10) Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte | S | | | SOPORTES CONTABLES QUE EVIDENCIEN LOS PAGOS DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS | El Operador se compromete a ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados Anexo 35 Folio 190 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11) Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello el pago de las obligaciones asumidas por parte del contratista o convenio/ mixto a cargo de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte | SI | | | VERIFICACIÓN EN SITIO Y EXPRESA EN CERTIFICACIÓN QUE LLEVA CONTABILIDAD POR CENTRO DE COSTO | La Fundación se compromete cumplir con los tiempos y pagos de las obligaciones adquiridas anexo 36 folio 191 |
| 12) Llevar la contabilidad por centro de costos de los recursos que el cumplimiento del contrato en la cual se identifique el manejo de recursos de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual oportunamente requerida por el contratista sobre la ejecución de los recursos aportados por el ICBF | SI | | | VERIFICACIÓN EN SITIO | La Fundación presenta información contable por centro de costos anexo 37 folio 192 |
| 13) Reintegrar los recursos aportados no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se hayan destinado en gastos diferentes a los relacionados dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto indique el ICBF. Remitir a supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la consignación copia del documento donde acredite la operación que por concepto de reintegros rendimientos financieros, multas o cualquier otro se causen a favor de la Entidad en razón a la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor o valor correspondiente al reintegro que se hayan a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, se supera ser de contrato podrá desacelerar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. PARAGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato. | | | N A | COPIA DE CONSIGNACIÓN CERTIFICACIÓN BANCARIA CUANDO HAYA REALIZADO DESCUENTOS | La Fundación presenta normalidad de los recursos por lo tanto no ha hecho reintegro de recursos |
| 14) Presentar la información contable al supervisor y contar con una cuenta bancaria de ahorros nueva exclusiva para el manejo de los recursos monitoreo para el presente contrato que deberá corresponder en Cuenta Maestra una vez sea notificada por la Dirección de Protección de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por la Resolución 8300 de 2020 | S | | | CUENTA CON CUENTA EXCLUSIVA PARA EL MANEJO DE RECURSOS | Presenta certificación bancaria anexo 44 folio 176 informe del mes de agosto 2021 |
| 16.1 OBLIGACIONES DE EJE DE CALIDAD | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (c) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (d) | Observaciones (e) |
| 1) Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Mapa de procesos, entre otros), Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión, con el fin de conocer los diferentes lineamientos, lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros, con el cual se debe dar cumplimiento a la prestación del servicio. | SI | | | ACTA DE REUNIÓN Y LISTADO DE ASISTENCIA FORMATO 1 (FORMATO ASISTENCIA, REUNIÓN Y CAPACITACIÓN) | EL OPERADOR DURANTE EL MES DE OCTUBRE REALIZO SOCIALIZACIÓN DEL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD O CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN LAS MODALIDADES TRADICIONALES CONTRATO 1800 DE 2021 ANEXO 45 FOLIO 193 PARTE DEL PROCESO DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN SOBRE SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A LA ADOLESCENTE ADMINISTRATIVO EXP DE FOLIO 193 2021 |
| 2) Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio. | SI | | | FICHA TECNICA RESULTADOS DE LA ENCUESTA Y SOPORTES | SI EVIDENCIA SOPORTE DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA MARZO DE FOLIO 203 208 |
| 3) Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación del servicio. | SI | | | ACCIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA FORMATO 3 FORMATO ACCIONES DE MEJORA V23 | EL OPERADOR SUBSANA EVIDENCIA DE LAS ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS EN MES DE CUMPLIMIENTO A PRESENTE OBLIGACIÓN SE EVIDENCIA LA REMISIÓN DEL FORMATO ACCIONES DE MEJORA ANEXO 46 FOLIO 208 |
| 4) Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) en el marco de la ejecución del objeto contractual | N | | | FORMATO DE TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO FORMATO 2 (FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA Y CONTROL DE CAMBIOS V23) | EL OPERADOR EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO EVIDENCIA LA SOCIALIZACIÓN DE LA RUTA DE ATENCIÓN DE PQRS ANEXO 47 FOLIO 209 |
| 16.2 OBLIGACIONES EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (c) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (d) | Observaciones (e) |
| 1) Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado a supervisor del contrato una vez sea firmado el contrato | S | | | COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD FORMATO 11, FORMATO (COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD V6) | EL OPERADOR SUSCRIBIO DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD ANEXO DEL CONTRATO EVALUADO EN RELACIÓN AL SUPERVISOR DEL CONTRATO SE EVIDENCIA EN LA FOLIO 194 DEL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO |
| 2)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 | SI | | | REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN FORMATO 6 (FORMATO REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN V2) | EL OPERADOR EN EL PRESENTE INFORME TÉCNICO POR MEDIO DE CERTIFICACIÓN SE COMPROMETE A INFORMAR AL SUPERVISOR EN EL MOMENTO QUE OCURRAN INCIDENTES DE SEGURIDAD QUE AFECTEN LA DISPONIBILIDAD INTEGRIDAD Y/O CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL ICBF ANEXO 43 FOLIO 201 |
| 3) Prever un plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la prestación de este | N | | | PLAN DE RECUPERACIÓN Y CONTINGENCIA | EL OPERADOR EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO EVIDENCIA EL PLAN DE CONTINGENCIA CONTRATO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE PUEDAN AFECTAR EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANEXO 48 FOLIO 210 |
| 4) Certificar el cumplimiento, seguimiento y reporte de los aportes correspondientes a seguridad social y parafiscales en la normatividad vigente del SGSS vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato | SI | | | CERTIFICADO | EN EL PRESENTE INFORME TÉCNICO SE EVIDENCIA ACTA DE APROBACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EL COMITÉ DE LA INSTITUCIÓN ANEXO 42 FOLIO 212 |
| 16.3 OBLIGACIONES DEL EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (c) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (d) | Observaciones (e) |
| 1) Verificar 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 la norma que la adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio/ contrato mixto vigente | N | | | CERTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN DEL RESPONSABLE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO EVIDENCIA CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DEL ENCARGADO DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ANEXO 49 FOLIO 213 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2) Presentar matriz con 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 | SI | | | MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES<br>FORMATO (1) FORMATO MATRIZ DE PELIGROS CLASIFICACIÓN VALORACIÓN RIESGOS V1) | EL CONTRATISTA DURANTE EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO PRESENTÓ MATRIZ CON LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE CONTROLES ANEXADO EN FOLIO 254 |
| 3) Realizar la inducción a riesgos de trabajo con los empleados durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y salud en el Trabajo | Si | | | LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA DE REUNIÓN<br>FORMATO 1 FORMATO ASISTENCIA REUNIÓN Y CAPACITACIÓN V1) | EN EL PRESENTE INFORME TÉCNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE HIGIENE POSTURAL ANEXADO EL FOLIO 253-254 |
| 4) Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de las actividades | SI | | | MATRIZ DE ENTREGA Y CONTROL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE GRADUAL Y LARGA PLAZO ALTURA TRABAJO R<br>FORMATO 9 (FORMATO MATRIZ DE EPP V1)<br>FORMATO 29 (FORMATO ENTREGA DE EPP V1) | SE EVIDENCIA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL A LOS COLABORADORES VINCULADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ANEXADO EL FOLIO 251-252 |
| 5) Presentar el concepto medico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato | SI | | | CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | EN EL INFORME TÉCNICO DEL PERIODO DE SEPTIEMBRE EL CONTRATISTA ANEXO EVIDENCIA DE LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DEL TALENTO HUMANO LOS CUALES TIENEN VIGENCIA DE TRES AÑOS ANEXADO EL FOLIO 231-247 |
| 6) Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias | SI | | | PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS FORMATO 32 FORMATO PLAN DE CONTINGENCIA V1 | EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO EL CONTRATISTA ANEXO EVIDENCIA DE LA CAPACITACIÓN REALIZADA AL TALENTO HUMANO SOBRE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS ANEXADO EL FOLIO 253 |
| OBLIGACIONES DE AMBIENTAL | Cumplimiento (SI / NO / N/A) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (Id) | Observaciones |
| 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 | SI | | | INFORME DONDE SE EVIDENCIEN LAS BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES IMPLEMENTADAS JUNTO CON REGISTRO FOTOGRAFICO<br>FORMATO 31 FORMATO CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES V1) | SE EVIDENCIA DESARROLLO DE CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LOS REQUISITOS ASOCIADOS A LA GESTIÓN CONTRACTUAL PARA FOMENTAR LAS BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES ANEXADOS FOLIO 253-254 |
| 2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridos para la prestación del servicio | | | N/A | COPIA DEL ACTO ADMINISTRATIVO DEL PERMISO O AUTORIZACIÓN AMBIENTAL (TALES COMO CARACTERIZACIONES DE VERTIMIENTOS, MANTENIMIENTOS, COMPENSACIONES, ENTRE OTRAS | LA OBLIGACIÓN NO APLICA YA QUE LA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA EN LA INSTITUCIÓN NO REQUIERE DE PERMISO AMBIENTAL PARA EJECUTAR |
| 3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la normatividad vigente | SI | | | MATRIZ DE COMPATIBILIDAD, INVENTARIO DE PRODUCTOS QUÍMICOS, HOJAS DE SEGURIDAD, ENTRE OTROS QUE MANEJEN SUSTANCIAS QUÍMICAS<br>FORMATO 15 (FORMATO MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS V1) | EN EL ACTA INFORME TÉCNICO SE EVIDENCIA SOPORTE DE LA CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS Y EL MANEJO ADECUADO PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE ANEXADA EL FOLIO 253 |
| 4) Adoptar las medidas necesarias para el manejo ambiental y la disposición final de los residuos convencionales y de peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato | | | N/A | CERTIFICADO ACTA DE ENTREGA PARA LA DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS ESPECIALES Y/O PELIGROSOS<br>FORMATO 37 (FORMATO CERTIFICACIÓN MANEJO DE RESIDUOS ESPECIALES Y PELIGROSOS V1) | LA OBLIGACIÓN NO APLICA DEBIDO A QUE EN LA INSTITUCIÓN NO MANEJAN RESIDUOS CONVENCIONALES O PELIGROSOS |
| 5)Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados | Si | | | Informes de mantenimiento y limpieza, así como certificaciones de disposición final de residuos o aceite. Formato 38 (Formato certificación Mantenimiento Trampa de Grasas y demás Sistemas v1) | EN EL INFORME TÉCNICO DEL MES DE AGOSTO EL CONTRATISTA ANEXO SOPORTE DE CONTRATACIÓN CON EMPRESA RECOLECTORA DE ACEITE USADO ANEXADO EL FOLIO 241-242 |
| 6) Formular e implementar plan de saneamiento, que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento y suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente<br>Así mismo, se deberán allegar a la supervisión de contrato, con una periodicidad trimestral las novedades presentadas, en el mismo lapso, donde el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones | Si | | | PLAN DE SANEAMIENTO Y REGISTROS DE CUMPLIMIENTO<br>FORMATO 39 (FORMATO PLAN DE SANEAMIENTO V1)<br>FORMATO 40 (FORMATO REGISTRO PLAN DE SANEAMIENTO V1) | EN EL PRESENTE INFORME SE EVIDENCIA FORMATO DE VISITA DE FUMIGACIÓN REALIZADA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL ACTA DE INICIACIÓN Y EL PRESENTE INFORME ANEXADO EL FOLIO 243-244 |
| 7) OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA | Cumplimiento (SI / NO / N/A) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (Id) | Observaciones |
| 1) Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y a terceros durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de los mismos, los cuales quedarán bajo su custodia y serán sus responsabilidad y deberán ser devueltos una vez sea terminado el contrato. Así mismo, se deberán allegar a la supervisión de contrato, con una periodicidad trimestral las novedades presentadas, en el mismo lapso, donde el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones | | | N/A | ACTAS, FIRMAS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL CONTRATISTA MANIFIESTA NO RECIBIR MUEBLES O DOTACIÓN POR EL ICBF |
| 2) Informar de manera inmediata al supervisor una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, de igual forma con el traslado de los mismos mas facturas y demás soportes que apliquen | | | N/A | INFORME, PLANILLAS, ACTAS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL CONTRATISTA MANIFIESTA NO RECIBIR MUEBLES O DOTACIÓN POR EL ICBF |
| 3) Una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, este verificará dicha información y reconsiderando, actualizar la relación y acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico de dotación, asegurando que los bienes que le han sido suministrados para su ejercicio, coincidan por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios responsable de almacén, sobre las diferencias encontradas, faltantes y sobrantes, para que | | | N/A | RELACIÓN DE LA DOTACIÓN | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL CONTRATISTA MANIFIESTA NO RECIBIR MUEBLES O DOTACIÓN POR EL ICBF |
| 4) Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado | | | N/A | RELACIÓN DE LA DOTACIÓN | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL CONTRATISTA MANIFIESTA NO RECIBIR MUEBLES O DOTACIÓN POR EL ICBF |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5) Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural de la operación del mismo informado por el ICBF. | | | N/A | INFORME ACTAS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 6) Emplear la misma diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato. | | | N/A | VERIFICACION EN SITIO | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 7) Efectuar las reparaciones y mantenimientos menores locativos para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato. | | | N/A | VERIFICACION EN SITIO | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 8) Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a los mismos, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia de los hechos. | | | N/A | VERIFICACION EN SITIO | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 9) Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centros de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico y documentos como: manuales vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique. | | | N/A | CONTABILIDAD ACTA FORMATO | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 10) Informar al supervisor del contrato la pérdida de un bien, dentro de los cinco (5) días hábiles a la ocurrencia. | | | N/A | ACTA CERTIFICACION NOTIFICACION | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 11) Realizar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, entregando al supervisor del contrato para el cumplimiento de la salidas, ingreso y egreso de bienes que establece el ICBF. | | | N/A | INVENTARIO REGISTROS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 12) Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme | | | N/A | INVENTARIO REGISTROS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 13) Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de la unidad de servicios, necesarios en el sitio de trabajo. | | | N/A | ACTA INVENTARIOS REGISTROS ACTAS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 14) Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación suministrados por el ICBF sean transferidos a nueva unidad mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato y representante legal del contratista, de armamento de los Regionales cuando aplique. | | | N/A | ACTA INVENTARIOS REGISTROS ACTAS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |
| 15) Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega, a las unidades de servicio en la cual se evidencie figuren los elementos entregados, la referencia, marca, serial, modelo en los casos que aplique, la cantidad y el estado en que se les dan. | | | N/A | ACTA INVENTARIOS REGISTROS ACTAS | DURANTE EL PRESENTE CONTRATO EL OPERADOR MANIFIESTA NO RECIBIO MUEBLES ENTREGADOS POR EL ICBF |

| 18. OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (iii) | | | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de este (iii) | Observaciones (v) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o los puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional, incluyendo: dirección del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en esa jornada. 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. | S | | | DATOS DEL PUNTO DE ENTREGA DEL AAVN | EN LA FUNCIONAL TECNICO EL DIA 10 DE DICIEMBRE EL OPERADOR MANIFIESTO QUE SUMINISTRARON DATOS DEL PUNTO DE ENTREGA POR CORREO, NO HAY CAMBIOS DE DATOS, EL ARCHIVO FUE ENTREGADO EL MISMO PERIODO EVIDENCIA: NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA Y NUMERO DE ACTA DE RECEPCION |
| 2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cubrir la modalidad objeto del presente contrato y suministrar la alimentación a los niños, niñas y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con los directrices, documentos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso se podrá variar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF. | S | | | ACTAS DE SUPERVISION DE AAVN, FORMATOS DE ENTREGA A BENEFICIARIOS, FORMATOS DE INVENTARIO | EL OPERADOR MANIFIESTA QUE EL AAVN SUMINISTRADO ES PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO, LA EVIDENCIA SOPORTE SON LOS FORMATOS CONTROL DE INVENTARIOS DE AAVN ENTREGADOS A OPERADOR |
| 3. Recibir los Alimentos de Alto Valor Nutricional y almacenarlos cumpliendo con lo establecido en el manual de buenas prácticas de almacenamiento vigente y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación. | S | | | ACTA DE ENTREGA DEL AAVN AL OPERADOR | EL OPERADOR MANIFIESTA QUE PARA EL MES DE DICIEMBRE NO RECIBIERON AAVN |
| 4. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 10 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes. | S | | | INFORME DE DIFICULTADES AL ICBF | EL OPERADOR MANIFIESTA NO PRESENTAR NINGUNA DIFICULTAD EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO QUE AFECTEN LA CALIDAD Y CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL |
| 5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuario, que hacen uso de los mismos, para recibir la retroalimentación | S | | | ACTA DE ENTREGA DEL AAVN A OTRAS UNIDADES EJECUTORAS | NO EXISTE EVIDENCIA DE SOPORTE DEL FORMATO DE ACTA DE ENTREGA DE AAVN A OTRAS UNIDADES EJECUTORAS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6. Llevar controles permanentes en los formatos definidos por el ICBF mediante el instrumento Anexo 5.1 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio a usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de la recepción y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las características de las territoriales donde se manejan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido. El mismo debe ser influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega | X | | | INFORME MENSUAL EN MEDIO MAGNÉTICO DE LOS MOVIMIENTOS DEL AAVN AL CENTRO ZONAL VALLEDUPAR 2 | SE EVIDENCIA SOPORTE DEL FORMATO DILIGENCIADO DE INVENTARIO DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL AAVN DE CORTE JUNIO |
| 7. Entregar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN. | | | N/A | ACTA DE ENTREGA DEL AAVN A OTRAS UNIDADES EJECUTORAS | LA OBLIGACION NO APLICA PARA LA MODALIDAD DE SERVICIO |
| 8.Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional | | | N/A | SOLICITUD DE ASESORIA POR PARTE DEL ICBF | EL OPERADOR MANIFIESTA QUE DURANTE EL PERIODO RECIBIÓ ASESORIA TECNICA SOBRE EL USO DEL ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL SE SUGIERE TAMBIEN PROVEER INFORMES SOPORTAR CUESTIONES DE LA MASA |
| 9. Realizar actividades que promuevan el aprovechamiento adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, tales como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas y asistencia de veedurías ciudadanas a las cuales se le convoque con parte de ICBF. | X | | | ACTAS DE ACTIVIDADES REALIZADAS | SE EVIDENCIA SOPORTE DE ACTIVIDADES REALIZADAS CON PADRES DE LA MODALIDAD CENTROS CON RESPECTO AL CONSUMO DE LA BEBIDA LACTEA Y OTRAS CUESTIONES |
| 10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF. | | | N/A | ACTAS DE VISITAS RESPUESTA A REQUERIMIENTOS | EL OPERADOR MANIFIESTA NO SE PRESENTARON ACTAS DE VISITAS REQUERIMIENTOS EN EL PERIODO REVISADO |
| 11. Reportar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, inadecuado uso de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mismo de entrega al operador definido por el ICBF en el cual debe entregarse el producto de Alimento de Alto Valor Nutricional. | | | N/A | ACTA DE SOCIALIZACIÓN A PADRES DE FAMILIA O RED VINCULAR DE APOYO | NO APLICA LA PRESENTE OBLIGACION YA QUE NO SE EVIDENCIA NINGUN INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PERIODO |
| 12. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la Interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional, y en la cual se deja visita aceptando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la Interventoría | | | N/A | ACTAS DE VISITAS | EL OPERADOR MANIFIESTA QUE DURANTE EL MES NO SE EVIDENCIA SOPORTE DE RECIBIDO VISITAS DE INTERVENTORIA |
| 13. Al Cancelar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que aparecen en los puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF. | | | N/A | ACTAS SALDOS DE AAVN | LA OBLIGACION NO APLICA PARA EL PERIODO REVISADO |

a) El Supervisor deberá requerir todas las obligaciones contenidas en el contrato, convenio o acuerdo de voluntades (Ej.: Actas de inicio, actas de cumplimiento, certificados de idoneidad, informes de ejecución, Acta de Recibo a satisfacción, Acta de Liquidación, etc.).

b) El Supervisor deberá verificar que el contratista cumpla con la obligación dentro de los términos establecidos. Cuando se evidencie el incumplimiento de una obligación, el supervisor deberá requerir por escrito al contratista, indicando el incumplimiento y solicitando el cumplimiento inmediato de la misma. El supervisor deberá dejar constancia de los requerimientos realizados al contratista.

c) El Supervisor deberá relacionar todos los documentos que en ejecución de la obligación correspondiente deba allegar el contratista (informes, certificaciones, constancias, actas de entrega a satisfacción, etc.) y verificar que el contratista cumpla con la obligación de forma oportuna y completa. Deberá igualmente indicar el número de folios de cada documento.

d) El Supervisor deberá verificar que los informes presentados por el contratista cumplan con el contenido de la obligación. El supervisor no está obligado a corregir los informes presentados por el contratista.

**15. Seguimiento a matriz de riesgos**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio? | SI | X | NO | |
| Luego del seguimiento advirtió alguno con alta probabilidad de ocurrencia? | SI | | NO | X |
| Detalle cuáles riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia | | | | |
| Observaciones adicionales | | | | |

Si hay alguna variación que se haya debido realizar a la matriz de riesgos, debe informar sobre la actualización de la misma a la Oficina Asesora de Planeación.

**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 indicado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002

Fecha emisión de informe: 30/11/2022

| | |
|---|---|
| Firma | Firma |
| Nombre Supervisor: ZOBEIDA ROCIO GALVAN VEGA | Nombre Legalizador de cuentas: Milgren Jhusseth orozco orozco |
| Cargo Supervisor: COORDINADOR CZ VALLEDUPAR No 2 | Cargo Legalizador de cuentas: APOYO FINANCIERO CZ VALLEDUPAR No 2 |
| Firma | Firma |
| Nombre Revisor Tecnico: KATHERINE PAOLA GARRIDO RIVERO | Nombre del revisor: ALVARO VILLERO PALMEZANO |
| Cargo Revisor Tecnico: NUTRICIONISTA ASISTENCIA TECNICA PROTECCION | Cargo del revisor: CONTADOR GRUPO APOYO A LA SUPERVISION |