MARTHA LIGIA GARCIA CARO

Yo, _____

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR o INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del 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. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	**FUNDACION RAIZ SOCIAL**							
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**900126347-7**					
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**13005352022**	FECHA SUSCRIPCIÓN	14 (día)	12 (mes)	2022 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 20 (día)	12 (mes)	2022 (año)	HASTA 31 (día)	10 (mes)	2023 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 6	DE 6
VALOR A PAGAR	$ 673.706.312,00	EN LETRAS	SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS DOSCE PESOS M/LCTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 SEP 2023	HASTA 31 OCT 2023	
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	12 (día) sep (mes) 2023 (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 SERVICIOS	13123	10	C-4102-1500-18-0-4102002-02	162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	$ 673.706.312,00
				SUBTOTAL		$ 673.706.312,00

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	57700137912	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

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

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$ 673.706.312,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 673.706.312,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 673.706.312,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
MARTHA LIGIA GARCIA CARO	COORDINADORA	BOLIVAR	CZ INDUSTRIAL	
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
ANNIS LUZ MONTERROSA RIOS	TEC ADMINISTRATIVO	BOLIVAR	CVZ INDUSTRIAL	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DANIELA ESPINOSA	ENLACE FINANCIERO 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

Documento de Cobro N.º 040

Fecha: Septiembre 06 de 2023

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF)

NIT. 899.999.239-2

DEBE A

FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.

NIT. 900.126.347-7

La suma de: $ 673.706.312.oo (seiscientos setenta y tres Millones setecientos seis Mil trecientos doce Pesos M/cte.).

Por concepto de:

sexto desembolso correspondiente a la operación de los meses de septiembre y octubre de 2023 según contrato de aportes 13005352022 para atención de los niños y niñas pertenecientes a la modalidad HCB TRADICIONAL Y FAMI del centro zonal INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA

Atentamente.

Soraya Romero B.

Soraya Romero Bayuelo
Representante Legal
C.C 30.771.818

FUNDACIÓN RAIZ SOCIAL
Amor por el servicio

FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S.
Amor por el Servicio
NIT. 900.126.347-7

Cartagena 06 de septiembre del 2023

Señores
ICBF – Regional Bolívar
Ciudad

Respetados señores:

El Revisor Fiscal, hace saber que LA FUNDACIÓN RAIZ SOCIAL F.R.S. con NIT 900126347-7 luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia certifico que esta Entidad ha cumplido y se encuentra al día **durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación**, con los pagos de sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato laboral.

Así mismo, certifico que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL hasta la fecha de presentación de esta certificación.

Lo anterior 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

Atentamente,

HUMBERTO LIÑAN SOLANO
Revisor Fiscal

LEY 789/2002
ARTÍCULO 50. Control a la evasión de los recursos parafiscales. La celebración, renovación o liquidación por parte de un particular, de contratos de cualquier naturaleza con Entidades del sector público, requerirá para el efecto, del cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar. Las Entidades públicas en el momento de liquidar los contratos deberán verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.

Dirección: ***Centro Edificio FerNAndo DíAz OficiNA 501***
Tel: 6799683 ***C***elular: 321 444 1518 ***E***-mail: fundes314@hotmail.com
Cartagena – Bolívar

En el evento en que no se hubieran realizado totalmente los aportes correspondientes, la Entidad pública deberá retener las sumas adeudadas al sistema en el momento de la liquidación y efectuará el giro directo de dichos recursos a los correspondientes sistemas con prioridad a los regímenes de salud y pensiones, conforme lo define el reglamento.

Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante un lapso equivalente al que exija el respectivo régimen de contratación para que se hubiera constituido la sociedad, el cual en todo caso no será inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución.

Para la presentación de ofertas por parte de personas jurídicas será indispensable acreditar el requisito señalado anteriormente. El funcionario que no deje constancia de la verificación del cumplimiento de este requisito incurrirá en causal de mala conducta.

Para poder ejercer el derecho de movilidad de Administradora de Riesgos Profesionales o Caja de Compensación, el empleador se debe encontrar al día con los sistemas de salud y pensiones.

PARÁGRAFO 1°. Las autoridades de impuestos deberán disponer lo pertinente a efectos de que dentro de la declaración de renta que deba ser presentada, a partir del año 2003 se establezca un renglón que discrimine los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes al SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación.

PARÁGRAFO 2°. Modificado por el art. 1, Ley 828 de 2003 , Derogado por el art. 32, Ley 1150 de 2007. Será causal de terminación unilateral de los contratos que celebren las Entidades públicas con personas jurídicas particulares, cuando se compruebe la evasión en el pago total o parcial de aportes por parte del contratista durante la ejecución del contrato frente a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Se podrá enervar la causal, mediante el pago de los recursos dejados de cubrir, incrementados con los correspondientes intereses de mora dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación.

PARÁGRAFO 3°. Modificado por el art. 9, Ley 828 de 2003 Para realizar inscripción, modificación, actualización o renovación, las Cámaras de Comercio deberán exigir prueba del cumplimiento de las obligaciones en forma oportuna y completa con el Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales y cuando sea del caso los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.401.875

LIÑAN SOLANO
APELLIDOS

HUMBERTO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1988
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

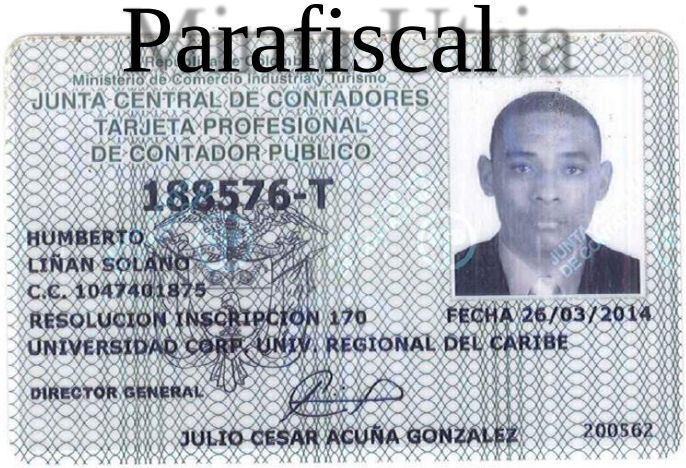
25-OCT-2006 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-0500100-32154831-M-1047401875-20061218 0270406349M 02 220626571

Valido Para certificion Parafiscal





DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14851055992

(415)7707212489984(8020) 000001485105599 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 6 3 4 7	7	Impuestos de Cartagena 6	

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social
FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal
BRR CENTRO CR 8 A 32 12 P 5 AP 501 ED FERNANDO DIAZ

42. Correo electrónico fundes314@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0	3 2 1 4 4 4 1 5 1 8	3 1 4 8 3 3 5 2 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 4 9 9	2 0 0 6 0 9 0 6	7 0 2 0	2 0 1 3 0 2 2 8					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 08 - 19 / 00 : 50: 52

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14851055992

(415)7707212489984(8020) **000001485105599 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 6 3 4 7	7	Impuestos de Cartagena	6

Características y formas de las organizaciones

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

Constitución, Registro y Última Reforma

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

Vigencia

80. Desde	2 0 0 6 0 9 0 6
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación — 9

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 8 0 8 1 6		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14851055992

(415)7707212489984(8020) **000001485105599 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 6 3 4 7	7	Impuestos de Cartagena	6

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 6 0 9 0 6

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
ROMERO	BAYUELO	SORAYA	MARIA

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

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

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14851055992

(415)7707212489984(8020) **000001485105599 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 6 3 4 7	7	Impuestos de Cartagena	6

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

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	1 1 4 3 3 3 9 4 4 8		COLOMBIA 1 6 9	ROMERO	ACUÑA	HENRY	ALEXANDER				2 0 2 0 0 8 2 6	
2	Cédula de Ciudada 1 3	3 0 7 7 1 8 1 7		COLOMBIA 1 6 9	ROMERO	BAYUELO	MIOZOTIS					2 0 1 7 0 5 0 8	
3	Cédula de Ciudada 1 3	4 5 5 5 5 9 0 1		COLOMBIA 1 6 9	DE ORO	ROMERO	ELISA	GREYS				2 0 1 7 0 5 0 8	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 0 2 2 4 4 7 6 9		COLOMBIA 1 6 9	MIRANDA	DE ORO	JESUS	RICARDO				2 0 2 0 0 8 2 6	
5													

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14851055992

(415)7707212489984(8020) **000001485105599 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 1 2 6 3 4 7	7	Impuestos de Cartagena 6	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 7 4 0 1 8 7 5		1 8 8 5 7 6 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
LIÑAN	SOLANO	HUMBERTO	

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

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

Revisor fiscal suplente

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

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
DIAZ	PUPO	DANIEL	

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

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

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

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

159. Fecha de nombramiento:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

CARTAGENA 2022/12/09
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la empresa FUNDACION RAIZ SOCIAL FRS con Nit número 9001263477 de CARTAGENA DE INDIAS-BOLIVAR posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	057700137912
Fecha Apertura	2022/06/14

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
0577 - OFICINA CENTENARIO

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06

Powered by CamScanner

FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S.
Amor por el Servicio
NIT. 900.126.347-7

Cartagena de Indias, 05 de septiembre del 2023

SEÑORES:
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.
CARTAGENA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Yo, HUMBERTON LIÑAN SOLANO, identificado con C.C. 1.047.401.875 de la Ciudad de Cartagena, en mi calidad de Revisor Fiscal del Operador del Servicio FUNDACIÓN RAIZ SOCIAL identificado con NIT. 900.126.347-7, manifiesto bajo gravedad de juramento que el Operador del Servicio, se encuentra a PAZ Y SALVO con todos sus Proveedores de Bienes y Servicios, del 1 al 5 de septiembre de 2023, con los que maneja una periodicidad de pago a 60 días.

Atentamente,

HUMBERTO LIÑAN SOLANO
CC. 1.047.401.875
TP. 188576-T
Revisor Fiscal

*D*irección: *Centro Edificio Fernando Díaz Oficina 501*
*T*el: 6799683 *C*elular: 321 444 1518 *E*-mail: fundes314@hotmail.com
*C*artagena – Bolívar

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO 1101400016100001

PÓLIZA AB000161

FACTURA AB005341

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL

COD. AGENCIA 00014 **CERTIFICADO** AB005172 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 6601778

AGENCIA CARTAGENA **DIRECCIÓN** CR. 25 # 8B-197 CALLE LARGA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
30	08	2023	**DESDE**	DD 19	MM 05	AAAA 2023	**HORA**	12:00			30	08	2023
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 31	MM 10	AAAA 2026	**HORA**	12:00			DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	FUNDES			**NIT/CC**	900126347
DIRECCIÓN	LUGAR EDIF FERNANDO DIAZ OF 501	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	3214441518
ASEGURADO	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			**NIT/CC**	899999239
DIRECCIÓN	AV. CARRERA 68 # 64C - 75	**E-MAIL**	DIRECCION.GENERAL@ICBF.GOV.CO	**TEL/MOVIL**	6016972100
BENEFICIARIO	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			**NIT/CC**	899999239
DIRECCIÓN	AV. CARRERA 68 # 64C - 75	**E-MAIL**	DIRECCION.GENERAL@ICBF.GOV.CO	**TEL/MOVIL**	6016972100
AFIANZADO	FUNDES			**NIT/CC**	900126347
DIRECCIÓN	LUGAR EDIF FERNANDO DIAZ OF 501	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	3214441518

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	DETALLE
Ciudad (Ubicación del Riesgo)	CARTAGENA
Departamento	BOLIVAR
Localidad,Comuna o Barrio	CARTAGENA
Dirección (Ubicación del Riesgo)	CARTAGENA

INFORMACIÓN RIESGO ASEGURADO

GARANTÍAS OTORGADAS	VALOR AFIANZADO
Cumplimiento del Contrato	$581,327,803
Pago de Salarios, Prestaciones Sociales e Indemnización Laboral	$581,327,803
Calidad del Servicio	$581,327,803

VIGENCIAS GARANTÍA

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DÍAS DE VIGENCIA
19/05/2023	30/04/2024	347
19/05/2023	31/10/2026	1261
19/05/2023	30/04/2024	347

VALOR ASEGURADO TOTAL $1,743,983,409.00

NÚMERO DE RIESGOS

PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$1,008,051.	$7,000.	$192,860.	$1,207,911.

FORMA DE PAGO Contado

ENTIDAD BANCARIA

COASEGURO

COMPAÑIA	PARTICIPACIÓN
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA

CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
900745318	HBL SEGUROS LTDA	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.
Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

Sonya Romero B.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
CUMPLIMIENTO ESTATAL

CODIGO DE RECAUDO
1101400016100001

PÓLIZA
AB000161

FACTURA
AB005341

equidad seguros

INFORMACIÓN GENERAL

COD. PRODUCTO 0403 **PRODUCTO** CUMPLIMIENTO ESTATAL
COD. AGENCIA 00014 **CERTIFICADO** AB005172 **DOCUMENTO** Modificacion **TEL:** 6601778
AGENCIA CARTAGENA **DIRECCIÓN** CR. 25 # 8B-197 CALLE LARGA

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
30	08	2023	**DESDE**	DD 19	MM 05	AAAA 2023	**HORA**	12:00	30	08	2023
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 31	MM 10	AAAA 2026	**HORA**	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR FUNDES **NIT/CC** 900126347
DIRECCIÓN LUGAR EDIF FERNANDO DIAZ OF 501 **E-MAIL** notiene@notiene.com **TEL/MOVIL** 3214441518

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE DEJA CONSTANCIA DEL ACTA DE MODIFICACION DE VALOR DE FECHA 16 DE MAYO DE 2023.

VALOR ADICIONAL 184.513.288

LOS DEMAS TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

****

CONTRATO n°13005352022

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL
MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

EL PRESENTE SEGURO Y LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ÉL, NO EXPIRARÁN POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, NI PODRÁN
SER REVOCADOS UNILATERAL POR EL TOMADOR O AFIANZADO DE LA PÓLIZA O DE LA ASEGURADORA.

LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.5.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 13/10/2021-1501-P-05-GCUMC00002000403-D00I, EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA AB000162

FACTURA AB005342

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificacion	**PRODUCTO**	R.C.E. ENTIDAD ESTATAL	**ORDEN**	1
CERTICADO	AB005173	**FORMA DE PAGO**	Contado	**TELEFONO**	6601778
AGENCIA	HBL SEGUROS LTDA			**DIRECCIÓN**	CR. 25 # 8B-197 CALLE LARGA
				USUARIO	JARINCON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA									FECHA DE IMPRESIÓN		
30	08	2023	**DESDE**	DD 19	MM 05	AAAA 2023	**HORA**	12:00	30	08	2023
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 31	MM 10	AAAA 2023	**HORA**	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	FUNDES			**NIT/CC**	900126347
DIRECCIÓN	LUGAR EDIF FERNANDO DIAZ OF 501	**E-MAIL**	notiene@notiene.com	**TEL/MOVIL**	3214441518
ASEGURADO	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			**NIT/CC**	899999239
DIRECCIÓN	AV. CARRERA 68 # 64C - 75	**E-MAIL**	DIRECCION.GENERAL@ICBF.GOV.CO	**TEL/MOVIL**	6016972100
BENEFICIARIO	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			**NIT/CC**	899999239
DIRECCIÓN	AV. CARRERA 68 # 64C - 75	**E-MAIL**	DIRECCION.GENERAL@ICBF.GOV.CO	**TEL/MOVIL**	6016972100

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
CIUDAD	CARTAGENA
DEPARTAMENTO	BOLIVAR
LOCALIDAD	CARTAGENA
DIRECCION	CARTAGENA
CANAL DE VENTA	Directo

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Predios Labores y Operaciones.	$460,000,000.00	10.00%	1.00 smmlv	$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
$460,000,000.00	$65,095.00		$12,368.00	$77,463.00

COASEGURO	
COMPAÑIA	**PARTICIPACIÓN**
	%.

INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
CÓDIGO	**NOMBRE**	**PARTICIPACIÓN**
900745318	HBL SEGUROS LTDA	%.

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

SEGURO
R.C.E. ENTIDAD ESTATAL

PÓLIZA AB000162

FACTURA AB005342

NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO Modificacion
CERTICADO AB005173
AGENCIA HBL SEGUROS LTDA
PRODUCTO R.C.E. ENTIDAD ESTATAL
FORMA DE PAGO Contado
TELEFONO 6601778
DIRECCIÓN CR. 25 # 8B-197 CALLE LARGA
ORDEN 1
USUARIO JARINCON

FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA								FECHA DE IMPRESIÓN		
30	08	2023	**DESDE**	DD 19	MM 05	AAAA 2023	**HORA**	12:00	30	08	2023
DD	MM	AAAA	**HASTA**	DD 31	MM 10	AAAA 2023	**HORA**	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR FUNDES
NIT/CC 900126347
DIRECCIÓN LUGAR EDIF FERNANDO DIAZ OF 501
E-MAIL notiene@notiene.com
TEL/MOVIL 3214441518

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE DEJA CONSTANCIA DEL ACTA DE MODIFICACION DE VALOR DE FECHA 16 DE MAYO DE 2023.

VALOR ADICIONAL 184.513.288

LOS DEMAS TERMINOS NO MODIFICADOS CONTINUAN VIGENTES.

**********CONTRATO N°13005352022

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

VALOR ASEGURADO:400 SMMLV

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 20-10-2021-1501-P-06-00000000001007-D001. EL CUAL SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE REGISTRADO POR LA EQUIDAD SEGUROS O.C ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. PARA SU CONSULTA FAVOR INGRESAR A www.laequidadseguros.coop

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑÍAS DE SEGUROS