La suscrita Mary Yanitza Romero Ramírez , identificado con la cedula de ciudadanía Nº **1.026.575.162** de Bogotá con tarjeta Profesional 214186-T, expedida por la junta Central de Contadores, obrando en calidad de Revisora Fiscal de la **FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO "FIPADH" Nit: 900.450.947-4.**

CERTIFICO QUE:

La Fundación Integral Para el Desarrollo Humano "FIPADH" CON NIT. **900.450.947-4 en cumplimiento con lo establecido en el** Art. 50 de la Ley 789 de 2002, manifiesto bajo la gravedad de juramento que el personal que labora en nuestra entidad, ha estado vinculado por orden de servicios; por lo tanto, no se cuenta con empleados a cargo de la Fundación, de acuerdo a lo anterior la Fundación Integral Para el Desarrollo Humano "FIPADH" no tiene obligación con el pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.

Por otra parte, la Fundación Integral Para el Desarrollo Humano "FIPADH" esta exonerada de cumplir con los presupuestos normativos del artículo 25 de la ley 1607 del 2012 y decreto 862 de 2013. Sin embargo, certifico que se ha verificado el pago de los aportes a los sistemas de Salud, Pensión y Riesgos Profesionales ARL. (Art. 50 de la Ley 789 de 2002) realizados por todo el talento humano contratado durante los últimos seis meses, por lo tanto, nos encontramos al día con dichos aportes.

La presente certificación se expide a los veintiún (21) días del mes de diciembre del 2023.

MARY YANITZAROMERO RAMIREZ
Revisora Fiscal
T.P. Nº 214.186-T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.575.162

ROMERO RAMIREZ

APELLIDOS

MARY YANITZA

NOMBRES

Mary Yanitza Romero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1993

LEBRIJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-FEB-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00365828-F-1026575162-20120323 0029452677A 1 1231755424

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

214186-T



MARY YANITZA
ROMERO RAMIREZ
C.C. 1026575162
RESOLUCION INSCRIPCION 64
UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

FECHA 19/02/2016

DIRECTOR GENERAL
OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA

225944

217063

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2AFD6C734C095E92

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 **MARY YANITZA ROMERO RAMIREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1026575162 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 214186-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

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

DIRECTOR GENERAL

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL

FORMATO LIQUIDACION VALOR A FACTURAR EN EL PERIODO PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD

Código: FOR-PSS-098
Versión: 2
Fecha: Memo I2023022388 - 01/08/2023
Página: 1 de 1

1. CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA	**CONVENIO 9369-2022 LOTE 8**	
2. CONTRATISTA/ASOCIADO	**FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**	
3. NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	**CENTRO INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA**	
4. PERIODO	**1/12/2023**	**20/12/2023**
5 CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	**20**	
6 CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	**0**	
7. COBERTURA	**60**	
8. DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	**365**	
9. DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	**360**	

10. APORTE SDIS	
VALOR TOTAL	$ 2.636.028.713
VALOR COSTOS FIJOS 01/01/2023 al 14/07/2023	$ 1.023.167.168
VALOR COSTOS FIJOS 15/07/2023 al 31/12/2023	$ 877.330.163
VALOR COSTOS VARIABLES	$ 371.277.330
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	$ 364.254.052

11. COSTOS FIJOS DEL PERIODO	
TALENTO HUMANO	$ -
ESPACIO FÍSICO FUNCIONAL (INSTALACIONES)	$ -
ASEO INSTITUCIONAL	$ -
GESTIÓN AMBIENTAL Y PEC - CONTRATO RESPEL	$ -
DESGASTE Y USO DE LOS BIENES NO CONSUMIBLES	$ -
BIENES CONSUMIBLES	$ -
TRANSPORTE	$ -
VIGILANCIA	$ -
MEDIOS TECNOLOGICOS	$ -
SERVICIOS FUNERARIOS	$ -
VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA	**$ -**
VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	**$ -**

12. COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA		
ALIMENTOS	$ 14.109	$ 28.218
Espacio Físico Funcional (Servicios Públicos)	$ 919	
Elementos de Aseo Personal (Elementos de Entrega mensual)	$ 1.925	
	$ 16.953	

13. COSTOS POR REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD	VALOR COSTO POR REALIZACIÓN
ABSORBENTES	
ESPACIO FISICO FUNCIONAL (MANTENIMIENTO Y REPARACIONES)	
	$ -
	$ -
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN A PAGAR EN EL PERIODO	**$ -**

14. COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO POR TIEMPO DE COMIDA		
DESAYUNO	$ 2.692	19,1%
NUEVES REFORZADAS	$ 1.234	8,7%
ALMUERZO	$ 4.428	31,4%
ONCES	$ 2.075	14,7%
COMIDA	$ 3.680	26,1%
	$ 14.109	100%

15. VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	**$ 19.566.001**

16. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	**$ 19.566.001**
17. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	**$ -**
18. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	**$ 19.566.001**

19. CUPO	20. DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	21. VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	22. DIAS CON NOVEDAD	23. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	24. No. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	25. VALOR COSTO VARIABLE: BIENES CONSUMIBLES (HOSPITALIZACIÓN)	26. No. DIAS MEDIO FAMILIAR	27. VALOR COSTO VARIABLE: BIENES CONSUMIBLES (MEDIO FAMILIAR)	28. TOTAL COSTO VARIABLE
1	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
2	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
3	20	$ 339.066	-	$ -		$ -	-	$ -	$ 339.066
4	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
5	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
6	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
7	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
8	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
9	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
10	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
11	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
12	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
13	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
14	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
15	20	$ 339.066	-	$ -		$ -		$ -	$ 339.066
16	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
17	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
18	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
19	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
20	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
21	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
22	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
23	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
24	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
25	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
26	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
27	-	$ -	20	$ -	20	$ 56.882	-	$ -	$ 56.882
28	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
29	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
30	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
31	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
32	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
33	14	$ 237.346	6	$ 8.448	-	$ -	6	$ 17.065	$ 262.859
34	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
35	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
36	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
37	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
38	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
39	19	$ 322.113	1	$ 2.692	-	$ -	1	$ 2.844	$ 327.649
40	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
41	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
42	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
43	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
44	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
45	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -		$ -	$ 339.066
46	20	$ 339.066	-	$ -		$ -	-	$ -	$ 339.066
47	15	$ 254.300	5	$ 12.875		$ -	5	$ 14.221	$ 281.396
48	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
49	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
50	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
51	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
52	20	$ 339.066	-	$ -		$ -	-	$ -	$ 339.066
53	20	$ 339.066	-	$ -		$ -	-	$ -	$ 339.066
54	20	$ 339.066	-	$ -		$ -		$ -	$ 339.066
55	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
56	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
57	19	$ 322.113	1	$ 2.692		$ -	1	$ 2.844	$ 327.649
58	20	$ 339.066	-	$ -		$ -		$ -	$ 339.066
59	20	$ 339.066	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ 339.066
60	-	$ -	-	$ -	-	$ -	-	$ -	$ -
29. TOTAL COSTOS VARIABLES	1.147	$ 19.445.438	33	$ 26.707	20	$ 56.882	13	$ 36.974	$ 19.566.001

29. DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				
30. ITEM	31. VALOR MENSUAL	32. VALOR DIARIO	33. NUMEROS DE DIAS NOVEDAD	34. TOTAL VR SERVICIO NO PRESTADO
				$ -
				$ -
35. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				$ -

$ 120.563

36 ANGIE HASBLEIDY ZAMORA MAMANCHE

38 FRANCIA DORIS VELAZCO ORDOÑEZ

40

37 NOMBRE COORDINADOR (A)

39 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

41 NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO	Registre el número y fecha del convenio o contrato.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Registre el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	Escriba el nombre de la unidad operativa. Especifique si la atención prestada es de modalidad interna o externa
4	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (DD/MM/AAAA) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (DD/MM/AAAA). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
5	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	Se registra el número total de días de atención durante el periodo.
6	CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	Registre el número de días según la forma de pago de los costos fijos del periodo (tener en cuenta que son meses de 30 días)
7	COBERTURA	Corresponde a la cantidad de cupos contratados para el centro
8	DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	Corresponde al número total de días de atención según el servicio
9	DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	Corresponde al número total de días contratados, Teniendo en cuenta para estos costos los periodos son meses de 30 días
10	APORTE SDIS - CONTRATO/CONVENIO INICIAL	Registre cada uno de los valores según estructura de costos del contrato
	VALOR TOTAL	Registre el Valor Total Aportes Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS)
	VALOR COSTOS FIJOS	Registre el Valor Total Costos Fijos Aportes SDIS
	VALOR COSTOS VARIABLES	Registre el Valor Total Costos Variables Aportes SDIS
	VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	Registre el Valor Total Otros Costos Variables Aportes SDIS
11	COSTOS FIJOS	
	VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA	En este espacio se registra el valor solicitado en base a los valores registrados en la estructura de costos, tal como lo indica la formula
	VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	En este espacio se registra el valor solicitado en base a los valores registrados en la estructura de costos, tal como lo indica la formula
12	COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA	Registre los valores correspondientes a cada ítem los cuales serán sumandos de acuerdo a la formula
	ALIMENTOS	
	ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL	
	PAPELERÍA	
	BIENES CONSUMIBLES	
13	COSTOS POR REALIZACIÓN	Se registra el Nombre del Ítem del o los COSTO POR REALIZACIÓN en el periodo.
	ACTIVIDAD	
	FECHA DE ACTIVIDAD	
	VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN A PAGAR EN EL PERIODO	
14	COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO POR ALIMENTO	Este cuadro corresponde a los valores unitarios de la alimentación según lo formulado
	DESAYUNO	Valor formulado según el costo variable diario de los alimentos y en base % históricos establecidos por la SDIS a cada alimento
	REFRIGERIO MAÑANA	Valor formulado según el costo variable diario de los alimentos y en base % históricos establecidos por la SDIS a cada alimento
	ALMUERZO	Valor formulado según el costo variable diario de los alimentos y en base % históricos establecidos por la SDIS a cada alimento
	ONCES	Valor formulado según el costo variable diario de los alimentos y en base % históricos establecidos por la SDIS a cada alimento
	COMIDA	Valor formulado según el costo variable diario de los alimentos y en base % históricos establecidos por la SDIS a cada alimento
15	VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde al valor total de los costos variables del periodo y que resulta de la suma de la formula que se encuentra en K29
16	TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	El valor total que arroja el cuadro de liquidación del periodo de acuerdo con la fórmula establecida y los valores liquidados en la matriz. .
17	TOTAL NO PAGO POR SERVICIO NO PRESTADO	Valor formulado del numeral 35. Total No pago por servicios no prestados
18	TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	Corresponde al valor total a pagar en el periodo menos el valor a facturar de acuerdo con lo formulado en esta variable
19	CUPO	Registre el número de cupos atendidos durante el periodo
20	DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	Registre el número total de días que se prestó atención sin presentar ninguna novedad.
21	VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	El valor total de los costos variables por persona, de los días de atención en el periodo sin novedad, los cuales están calculados de acuerdo con la fórmula.
22	DIAS CON NOVEDAD	Registre el número total de días en los que se prestaron novedades
23	VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	Valor que viene calculado del "cuadro de alimentos recibidos por persona"
24	No. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN	Se registra el número total de días que se presto la novedad de hospitalización.
25	VALOR COSTO VARIABLE: BIENES CONSUMIBLES (HOSPITALIZACION)	Se calcula mediante formula
26	No. DIAS MEDIO FAMILIAR	Se registra el número total de días que se presto la novedad de salida a medio familiar
27	VALOR COSTO VARIABLE: BIENES CONSUMIBLES (MEDIO FAMILIAR)	Se calcula mediante formula la cual multiplica la cantidad de días de la novedad por el valor establecido mediante anexo técnico teniendo en cuenta los costo variables que se reconocen cuando esta se presenta.
28	TOTAL COSTO VARIABLE	Valor formulado resultado de la suma de la información registradas en las variables 19 a la 27
29	DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	Para obtener el detalle de no pago por servicios no prestados se debe diligenciar las casillas 30 a 34 como se detalla a continuación:
30	ITEM	Relacione el nombre del ítem según estructura de costos
31	VALOR MENSUAL	Digite el valor mensual del ítem según estructura de costos
32	VALOR DIARIO	Escriba el valor diario correspondiente al ítem
33	NÚMERO DE DÍAS NOVEDAD	Digite el número de días de la novedad
34	TOTAL VALOR SERVICIO NO PRESTADO	Casilla formulada, corresponde al valor diario (casilla 32) por el número de días novedad (casilla 33)
35	TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	Casilla formulada. Es la sumatoria de los valores parciales de cada renglón del numeral 34
36	FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla
37	NOMBRE COORDINADOR DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro
38	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(la) Representante Legal, como responsable de la información consignada en la planilla
39	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(la) representante legal del centro
40	FIRMA PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN	Sobre la línea va la firma del profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDIS, dando visto bueno a la información consignada en la planilla
41	NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN	Debe registrarse el nombre completo del profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESENTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-099 Versión: 1 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	CONVENIO 9369-2022 LOTE 8	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	CENTRO INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA	
4	TIPO DE ATENCIÓN	INTERNA	
5	PERIODO	1/12/2023	20/12/2023
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	20	
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	0	

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO				12. CASILLAS PARA ASISTENCIAS																			13	14	15	16
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	DIAS DE ATENCIÓN	DIAS SIN ATENCIÓN	NOVEDAD	OBSERVACIONES
1	1	79497817	JOSE	EDGAR	ACOSTA	VALLE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
2	2	52490521	MARIA	ALEJANDRA	ALGARRA	VILLAMIL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
3	3	80564486	CLIMACO		ARDILA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
4	4	79938530	ALVARO		ARIZA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
5	5	1032485714	IVAN	DARIO	BAUTISTA	GONZALEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
6	6	79491145	JUAN	CARLOS	BAYONA	DIAZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
7	7	19484911	RAFAEL		BAYONA	SUAREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
8	8	79365755	JUAN	ALBERTO	BERMUDEZ	MATIZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
9	9	79351395	GERMAN		BONILLA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
10	10	81716000	WILLIAM		BUITRAGO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
11	11	52409977	MAGNOLIA		CACERES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
12	12	81715954	CARLOS		CADENA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
13	13	5658725	CARLOS	ARTURO	CASTAÑEDA	ARDILA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
14	14	52458205	ELDA	MADY	CASTIBLANCO	OSPINA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
15	15	80061444	ENRIQUE		CERON	CASTILLO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
16	16	1020723852	MILTON		CHAPARRO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
17	17	51727245	GLADYS	DEL CARMEN	CORREA	VELANDIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
18	18	1136910501	LUIS	ENRIQUE	DIAZ		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
19	19	1013638473	YONNYS	ALEXANDER	DIAZ	ROJAS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
20	20	1026570794	GISELL		DIAZ	CASTAÑO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
21	21	80850627	FABER	ANDRES	DURANGO	SILVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
22	22	80143032	FORERO	LOPEZ	JOSE	LUIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
23	23	53905936	CARMEN		ESTUPIÑAN		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
24	24	1026560607	LAURA		FANDIÑO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
25	25	91068397	CARLOS	ALBERTO	FERNÁNDEZ	CHACÓN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
26	26	79962464	ANDERSON	AFRANIO	FORERO	MAHECHA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
27	27	79559857	PABLO	EMILIO	FRANCO	ACUÑA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	AH	HOSPITALIZACION FRAY BARTOLOME
28	28	52184562	GLORIA	JANNETH	GALLEGOS	SANTOYO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
29	29	1014210895	LORENA		GARCIA	MARTINEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
30	30	1013264919	DORA	ANGELICA	GARCIA	ZOQUE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
31	31	1032375304	MARCO	TULIO	GUASCA	BARRAGAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
32	32	1018409725	KAREN	LISET	SANCHEZ		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
33	33	1032369900	SANDRO		LOPEZ		1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	6	AMF	SALIDA A MEDIO FAMILIAR
34	34	52459407	NANCY	PATRICIA	MARTINEZ	VEGA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
35	35	1020723843	YOLANDA		MARTINEZ		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
36	36	21075558	MARY	LUCIA	MERA	PEREZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
37	37	1105782090	LUZ	ANGELA	MORALES	RUBIANO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
38	38	1012362207	FABIAN		PINILLA	MORENO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
39	39	79526295	AGUSTIN		OJEDA	DIAZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	19	1	AMF	SALIDA A MEDIO FAMILIAR
40	40	52296448	LINA	MARIA	OLAYA	GARCIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
41	41	80779068	ANDRES		ORJUELA	CIFUENTES	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
42	42	1010162610	JOSE	JAVIER	OSORIO	MORENO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
43	43	1099211773	CAMILO		PARRA	BOHORQUEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
44	44	52472198	AURA	STELLA	PEDRAZA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
45	45	1026601122	MIGUEL		PEÑUELA	DUARTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
46	46	51851780	JAKELINE		PULGARIN	HERRERA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
47	47	39768769	NUBIA	AMPARO	RAMIREZ	CONTRERAS	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	5	AMF	SALIDA A MEDIO FAMILIAR
48	48	1020723795	JAVIER		RAMOS		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
49	49	79351125	JOSE	LUIS	SANABRIA	GOMEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
50	50	1023905240	LEADY	YURANTE	SANCHEZ	SOLORZANO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
51	51	1018409725	LISET		SANCHEZ	KAREN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
52	52	39444313	ANA	LUCIA	SOSA	GIRALDO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
53	53	19491308	LUIS	EDUARDO	TABORDA		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0	AMF	SALIDA A MEDIO FAMILIAR
54	54	79873409	CESAR	AUGUSTO	TORRES		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
55	55	79631419	BENJAMIN		URQUIJO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
56	56	1032436883	DARWIN		VALENCIA	CASTILLO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
57	57	79373341	CARLOS		VILLARRAGA	GONZALEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	19	1	AMF	SALIDA A MEDIO FAMILIAR
58	58	72435034	EDGAR	ALBERTO	ZAPATA	HERNANDEZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
59	59	10190628599	CINDY	KAROLAIN	QUINTERO	ABONDANO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	0		
60	60						N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A				
17	TOTALES						58	58	58	58	58	57	56	56	56	56	56	58	58	58	58	58	58	58	58	56	1147	33		

18 ANGIE HASBLEIDY ZAMORA MAMANCHE
19 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mm/aa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mm/aa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
6	DÍAS HÁBILES DEL PERIODO	Registre el número total de días de atención durante el periodo, que es el número de días a tener en cuenta para calcular los costos variables.
7	DÍAS COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre el número de días según la forma de pago establecida para costos fijos.
8	CUPO	Escriba el número de cupo a que corresponde la persona atendida en el periodo. Dos personas pueden tener un mismo número de cupo si una ha salido del centro mientras otra ha ingresado.
9	Nº	Escriba el consecutivo de personas atendidas en el periodo.
10	IDENTIFICACION	Registre el número de documento de identificación de la persona atendida durante el periodo.
11	NOMBRE COMPLETO	Escriba primer apellido, segundo apellido, primer nombre y segundo nombre de la persona atendida durante el periodo
12	CASILLAS PARA ASISTENCIA	Para registrar la asistencia la planilla cuenta con 31 columnas numeradas del 1 al 31, que corresponden al máximo número de días en un mes calendario. Se debe registrar la asistencia sobre el día calendario correspondiente. Cada casilla se debe diligenciar teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

SIMBOLO	SIGNIFICADO	OBSERVACIÓN
1	ASISTIÓ	Cuando la persona asiste se registra el número uno "1"
0	NO ASISTIÓ	Cuando la persona no asiste se registra el número cero "0"
NA	NO APLICA	Cuando el día no corresponde a un día de atención dentro del periodo se registra "NA"

13	DIAS DE ATENCIÓN	Casilla formulada correspondiente a la sumatoria de los días en que se realizó atención a la persona durante el periodo. Es la sumatoria horizontal de todas las casillas de asistencia.
14	DIAS SIN ATENCIÓN	Casilla formulada correspondiente a los días en que no se realizó atención a la persona dentro del periodo. Es la diferencia entre el número total de días de atención durante el periodo menos los días de atención.
15	NOVEDAD	Registre el(los) número(s) consecutivo(s) correspondiente a la novedad registrada en el formato "Cuadro de novedades para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-171"
16	OBSERVACIONES	Anote cualquier observación que se considere pertinente.
17	TOTALES	Casilla formulada que corresponde a la sumatoria de las columnas "DÍAS DE ATENCIÓN" y "DÍAS SIN ATENCIÓN"
18	FIRMA DEL COORDINADOR:	Sobre la línea va la firma del(a) coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla.
19	NOMBRE COORDINADOR(A) DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO CUADRO DE NOVEDADES PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-171 Versión: 1 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	CONTRATO/CONVENIO N° Y VIGENCIA	CONVENIO 9369-2022 LOTE 8	
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH	
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	CENTRO INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA	
4	TIPO DE ATENCIÓN	INTERNA	
5	PERIODO	1/12/2023	20/12/2023
6	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)	20	
7	CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)	0	

8	9	10	11. NOMBRE COMPLETO				12	13	14	15	16	17	18
CUPO	Nº	IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE NOVEDAD	FECHA INICIO (dd/mm/aa)	HORA DE INICIO (hh:mm)	FECHA FINAL (dd/mm/aa)	HORA FINAL (hh:mm)	DIAS SIN ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
27	27	79559857	PABLO	EMILIO	FRANCO	ACUÑA	AH	25/11/2023	12:00 a. m.			20	HOSPITALIZACION FRAY BARTOLOME .La presente novedad no afecta la información de ESTADO y FECHA que reposa en el SIRBE.
33	33	1032369900	SANDRO		LOPEZ		AMF	6/12/2023	08:00AM	11/12/2023	03:00PM	6	SALIDA A MEDIO FAMILIAR.La presente novedad no afecta la información de ESTADO y FECHA que reposa en el SIRBE.
39	39	79526295	AGUSTIN		OJEDA	DIAZ	AMF	20/12/2023	08:00AM			1	SALIDA A MEDIO FAMILIAR .La presente novedad no afecta la información de ESTADO y FECHA que reposa en el SIRBE.
47	47	39768769	NUBIA	AMPARO	RAMIREZ	CONTRERAS	AMF	7/12/2023	08:00AM	11/12/2023	11:00AM	5	SALIDA A MEDIO FAMILIAR .La presente novedad no afecta la información de ESTADO y FECHA que reposa en el SIRBE.
57	57	79373341	CARLOS		VILLARRAGA	GONZALEZ	AMF	20/12/2023	08:00AM			1	SALIDA A MEDIO FAMILIAR.La presente novedad no afecta la información de ESTADO y FECHA que reposa en el SIRBE.

19 ANGIE HASBLEIDY ZAMORA MAMANCHE
20 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

21 FRANCIA DORIS ORDOÑEZ VELAZCO
22 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

23 Alexander Castro P. 33
24 RE PROFESIONAL SIRBE

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO Y VIGENCIA	Anote el número de contrato o convenio y la vigencia a la que corresponde.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Escriba el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA	Escriba el nombre de la unidad operativa en la cual se presta el servicio.
4	TIPO DE ATENCIÓN	Especifique si la atención prestada es: Interna Adultos, Externa Adultos o Externa Menores.
5	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (dd/mmm/aaaa) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (dd/mmm/aaaa). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO SEGUIMIENTO A SUMINISTRO DE ALIMENTOS SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-412 Versión: 0 Fecha: 30/11/2020 Memo I2020032986 Página: 1 de 1

1	**CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA**	**CONVENIO 9369-2022 LOTE 8**	
2	**CONTRATISTA/ASOCIADO**	**FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH**	
3	**NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA**	**CENTRO INTEGRARTE DE ATENCION INTERNA**	
4	**TIPO DE ATENCIÓN**	**INTERNA**	
5	**PERIODO**	**1/12/2023**	**20/12/2023**
6	**CANTIDAD DE DIAS HÁBILES (COSTOS VARIABLES)**	**20**	
7	**CANTIDAD DE DIAS CALENDARIO (COSTOS FIJOS)**	**0**	

	VALOR DIARIO DE ALIMENTO POR PERSONA	
8	**DESAYUNO**	$ 2.692
9	**REFRIGERIO DE LA MAÑANA**	$ 1.234
10	**ALMUERZO**	$ 4.428
11	**REFRIGERIO DE LA TARDE**	$ 2.075
12	**COMIDA**	$ 3.680
13	**TOTAL DIARIO ALIMENTO POR PERSONA**	$ 14.109

14. CUPO	ALIMENTOS SUMINISTRADOS DURANTE EGRESO O INGRESO, NOVEDADES DE HOSPITALIZACION										25. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS
	15. CANTIDAD DESAYUNO	16. VALOR DESAYUNO	17. CANTIDAD REFRIGERIO MAÑANA	18. VALOR REFRIGERIO MAÑANA	19. CANTIDAD ALMUERZO	20. VALOR ALMUERZO	21. CANTIDAD REFRIGERIO TARDE	22. VALOR REFRIGERIO TARDE	23. CANTIDAD COMIDA	24. VALOR COMIDA	
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		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
27		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
28		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
29		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
30		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
31		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
32		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
33	1	$ 2.692		$ -		$ -	1	$ 2.075	1	$ 3.680	$ 8.448
34		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
35		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
36		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
37		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
38		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
39	1	$ 2.692		$ -		$ -	-	$ -		$ -	$ 2.692
40		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
41		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
42		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
43		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
44		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
45		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -

46		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
47	1	$ 2.692		$ -	1	$ 4.428	1	$ 2.075	1	$ 3.680	$ 12.875
48		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
49		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
50		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
51		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
52		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
53		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
54		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
55		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
56		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
57	1	$ 2.692		$ -		$ -		$ -		$ -	$ 2.692
58		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -	$ -
59		$ -		$ -	-	$ -		$ -		$ -	$ -
60		$ -		$ -		$ -					$ -
26. TOTALES	4	$ 10.768	0	$ -	1	$ 4.428	2	$ 4.151	2	$ 7.361	$ 26.707

27 **ANGIE HASBLEIDY ZAMORA MAMANCHE**

28 NOMBRE DEL COORDINADOR (A)

29 **FRANCIA DORIS ORDOÑEZ VELAZCO**

30 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL