Yo, **LAURA MARCELA CAMARGO NIÑO**

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 SALUD Y NUTRICION**		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**806005881**
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	**13004442023**
FECHA SUSCRIPCIÓN	**29** (día) **diciembre** (mes) **2023** (año)		
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE **31** (día) **diciembre** (mes) **2023** (año)	HASTA	**30** (día) **abril** (mes) **2024** (año)
RÉGIMEN TRIBUTARIO	**NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO**		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	**12** (día) **abril** (mes) **2024** (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: **4** DE **4**	
VALOR A PAGAR	**$ 217.227.388,00**	EN LETRAS	**DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE**
PERÍODO DE PAGO	DESDE **1** (día) **abril** (mes) **2024** (año)	HASTA	**30** (día) **abril** (mes) **2024** (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISISICON DE BIENES Y SERVICIOS	5024	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	162	A-02-02-02-009-002-01	$ 217.227.388,00

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:	**BANCO CAJA SOCIAL S.A.**	NÚMERO DE CUENTA	**24130227935**	TIPO DE CUENTA	**AHORRO**

3. OBSERVACIONES

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	$ 217.227.388,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 217.227.388,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 217.227.388,00	

68152293				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
LAURA MARCELA CAMARGO NIÑO	COORDINADOR CENTRO ZONAL HISTORICO	BOLÍVAR	CENTRO ZONAL HISTORICO	
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**
DANIELA ESPINOSA ROMERO	FINANCIERO SUPERVISION	BOLIVAR	CENTRO ZONAL HISTORICO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
ELIANA ESTRADA JIMENEZ	GAT		12/04/2024

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

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Documento de Cobro No 004

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL BOLIVAR

NIT: 899.999.239-2

DEBE A: FUNDACION SALUD Y NUTRICION

NIT 806005881-9

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN SALUD Y NUTRICIÓN-FUNDASALUD, DETALLA A CONTINUACIÓN LA SIGUIENTE CUENTA DE COBRO, QUE POR CONCEPTO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE APORTE NUMERO **1300444-2023** EL ICBF ENTIDAD CONTRATANTE, LE ADEUDA A FUNDASALUD POR CONCEPTO DE ATENCION MES DE **ABRIL DE 2024,** POR LA SUMA DE **DOSCIENTOS DIEZ Y SIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS ($217.227.388),** ATENDIENDO **49 HOGARES COMUNITARIOS HCB TRADICIONALES** DANDO CUMPLIMIENTO A UNA DE LAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.

Abril 02 de 2024

Rosaura Bautista C.

ROSAURA BAUTISTA CELIS
CC: 37.834.471
Representante Legal

Edificio El Nuevo Conquistador 2do piso Local 2. Barrio Laguito, Cartagena
(605) 670 9794 - 316 468 1000
Sitio web: www.fundasalud.org
fundasalud2010@hotmail.com

Cartagena Abril 3 del 2024

Señores
ICBF – Regional Bolívar
Ciudad

Respetados señores:

El Revisor Fiscal, hace saber que la Fundación Salud y Nutrición Fundasalud con su respectivo NIT 806.005.881 -9 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 cumplidoy 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,



FIRMA

ROCIO DEL SOCORRO VERGARA ARNEDO
REVISORFISCAL
C.C.45.450.120
T.P 38739-T CONTADOR PÚBLICO

Edificio El Nuevo Conquistador 2do piso Local 2. Barrio Laguito, Cartagena
(605) 670 9794 - 316 468 1000
Sitio web: www.fundasalud.org
fundasalud2010@hotmail.com

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 Cajasde 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.

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 deCompensación.

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.

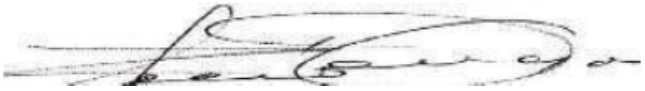
Cartagena de Indias Abril 04 de 2024

Señores
INSTUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Bolívar

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

Yo **ROCIO VERGARA ARNEDO** identificada con C.C. 45.450.120 de la Ciudad de Cartagena, en mi calidad de Revisor Fiscal o Contador Público de la Entidad Contratista FUNDASALUD identificada con NIT 8060058819, manifiesto bajo gravedad de juramento que esta entidad, se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con todos los proveedores de Bienes y Servicios, con corte del mes de **febrero** del año 2024, con lo que maneja una periodicidad de pago a 30 días.

Atentamente



ROCIO VERGARA ARNEDO
C.C. 45.450.120
T.P 38739-T
CONTADOR PÚBLICO

Edificio El Nuevo Conquistador 2do piso Local 2. Barrio Laguito, Cartagena
(605) 670 9794 - 316 468 1000
Sitio web: www.fundasalud.org
fundasalud2010@hotmail.com

FUNDASALUD

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

3 3 2 5 1 E D E A F 8 8 F D D 4

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 **ROCIO DEL SOCORRO VERGARA ARNEDO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 45450120 de CARTAGENA (BOLIVAR) Y Tarjeta Profesional No 38739-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 19 días del mes de Enero de 2024 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



Edificio El Nuevo Conquistador 2do piso Local 2. Barrio Laguito, Cartagena
(605) 670 9794 - 316 468 1000
Sitio web: www.fundasalud.org
fundasalud2010@hotmail.com

FUNDASALUD





Edificio El Nuevo Conquistador 2do piso Local 2. Barrio Laguito, Cartagena
(605) 670 9794 - 316 468 1000
Sitio web: www.fundasalud.org
fundasalud2010@hotmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973726031

(415)7707212489984(8020) 000001497372603 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 5 8 8 1	9	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 SALUD Y NUTRICION

36. Nombre comercial	37. Sigla
	FUNDASALUD

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
ED NUEVO CONQUISTADOR P 2 OF 21 BRR EL LAGUITO

42. Correo electrónico fundasalud2010@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 7 7 9 3 5 2 0	3 2 1 8 2 1 5 2 5 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	1 9 9 9 0 1 1 2	5 6 2 9	1 9 9 9 0 1 1 2	7 0 2 0	8 5 6 0			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios 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 2024 - 01 - 18 / 21 : 30: 08

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BAUTISTA CELIS ROSAURA

985. Cargo Representante legal Certificado

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14973726031

(415)7707212489984(8020) **000001497372603 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 5 8 8 1	9	Impuestos de Cartagena	6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos 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	5 6
73. Fecha	1 9 9 9 0 1 0 7	2 0 1 6 0 9 1 9
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 9 0 1 1 2	2 0 1 6 0 9 2 8
77. No. Matrícula mercantil	0 9 0 0 1 4 3 5 2 2	0 9 0 0 1 4 3 5 2 2
78. Departamento	1 3	1 3
79. Ciudad/Municipio	9	9
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 9 0 1 1 2	2 0 1 6 0 9 2 8
81. Hasta		

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14973726031

(415)7707212489984(8020) **000001497372603 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 5 8 8 1	9	Impuestos de Cartagena	6

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	1 9 9 9 0 1 0 7

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

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BAUTISTA	CELIS	ROSAURA	

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

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN

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: 14973726031

(415)7707212489984(8020) **000001497372603 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 5 8 8 1	9	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 Ciudadana 1 3	3 7 8 3 4 4 7 1		COLOMBIA 1 6 9	BAUTISTA	CELIS	ROSAURA					1 9 9 9 0 1 0 7	
2	Cédula de Ciudadana 1 3	4 5 4 7 8 0 4 6		COLOMBIA 1 6 9	AGUILAR	MAYA	ROMMY					1 9 9 9 0 1 0 7	
3	Cédula de Ciudadana 1 3	4 5 4 4 1 8 7 3		COLOMBIA 1 6 9	CORPAS	RODRIGUEZ	DELIA					2 0 1 5 0 2 2 0	
4													
5													

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14973726031

(415)7707212489984(8020) **000001497372603 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 6 0 0 5 8 8 1	9	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	4 5 4 5 0 1 2 0		3 8 7 3 9 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
VERGARA	ARNEDO	ROCIO	DEL SOCORRO

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

135. Fecha de nombramiento
2 0 1 5 0 2 2 0

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

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

147. Fecha de nombramiento

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

JUSTIFICACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE CONTRATO DE APORTE - HCB

<table>
<tr><th colspan="2">INFORMACION GENERAL</th></tr>
<tr><td>TIPO DE CONTRATO</td><td>CONTRATO DE APORTE</td></tr>
<tr><td>NUMERO</td><td>13004442023</td></tr>
<tr><td>OBJETO</td><td>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, 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.</td></tr>
<tr><td>CONTRATISTA</td><td>FUNDACION SALUD Y NUTRICION</td></tr>
<tr><td>SUPERVISOR</td><td>ROSEMBER ALVARADO RODRIGUEZ</td></tr>
<tr><td>VALOR INICIAL</td><td>CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE. ($475.465.424), PESOS M/CTE
<table>
<tr><th>Vigencias</th><th>Valor en Letras</th><th>Valor en Números</th></tr>
<tr><td>2023</td><td>TRES MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE</td><td>$3.084.354</td></tr>
<tr><td>2024</td><td>CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETENTA PESOS MCTE</td><td>$472.381.070</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>PLAZO INICIAL</td><td>31 DE MARZO DE 2024</td></tr>
<tr><td>FECHA DE SUSCRIPCIÓN</td><td>29/12/2023</td></tr>
<tr><td>FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN O DE ACTA DE INICIO (SEGÚN CORRESPONDA AL INICIO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO)</td><td>31 DE DICIEMBRE DE 2023</td></tr>
<tr><td>FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL</td><td>31 DE MARZO DE 2024</td></tr>
<tr><td>CDP 2023</td><td>36923</td></tr>
<tr><td>CDP 2024</td><td>6024</td></tr>
<tr><td>RP 2023</td><td>157123</td></tr>
<tr><td>RP 2024</td><td>5024</td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>MODIFICACIONES REALIZADAS</u></td></tr>
<tr><td>ADICIONES/DISMINUCIONES</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>PRORROGAS</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>SUSPENSIÓNES</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>VALOR TOTAL</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>PLAZO FINAL</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>OTRAS MODIFICACIONES</td><td>CAMBIO DE CUENTA BANCARIA</td></tr>
<tr><td colspan="2">INFORMACION DE LA SOLICITUD</td></tr>
<tr><td>TIPO DE MODIFICACION</td><td>PRÓRROGA/ADICIÓN</td></tr>
</table>

PÚBLICA

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>Valor adición aporte ICBF</td><td>DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($217.227.388)</td></tr>
<tr><td>Adición contrapartida</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>Adición por concepto de Pólizas</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>Reinversión</td><td>N/A</td></tr>
<tr><td>Valor total adición</td><td>DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($217.227.388).</td></tr>
<tr><td colspan="2">PRÓRROGA HASTA 30 de abril de 2024</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>VALOR TOTAL ADICION</td><td>DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($217.227.388).</td></tr>
<tr><td>CDP 2024 ADICIÓN</td><td>6024</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>Se modifica la forma de pago del presente contrato, así:
• Se crea el desembolso # 4 quedando:
<table>
<tr><th>Vigencia</th><th>Desembolso</th><th>Periodo</th><th>Valor</th></tr>
<tr><td>2024</td><td>4</td><td>Abril</td><td>DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($217.227.388).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Para este último desembolso, se tendrán en cuenta los requisitos exigidos para el tercer desembolso.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>PRÓRROGA</td><td>30 de Abril de 2024</td></tr>
<tr><td>SUSPENSIÓN</td><td>No Aplica</td></tr>
<tr><td>LIBERACIÓN</td><td>No Aplica</td></tr>
<tr><td>OTRA MODIFICACIÓN</td><td>Se requiere modificar la CLÁUSULA 2 PLAZO DE EJECUCIÓN hasta el 30 de abril de 2024 y la CLÁUSULA 3 denominada VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO, la cual quedará de la siguiente manera:

“El valor del presente contrato corresponde hasta la suma de SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($692.692.812), incluidos impuestos, cuotas de participación de llegar a cobrarse contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar, compuesto de la siguiente manera:

1. La suma de TRES MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE. ($3.084.354), como aporte del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR para la atención de los beneficiarios 2023.

2. La suma de SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE, (689.608.458), como aporte del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR para la atención de los beneficiarios 2024.</td></tr>
</table>

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

	PARÁGRAFO. El ICBF realizará un aporte en especie para la atención, representado en el Alimento de Alto Valor Nutricional suministrado en los términos indicados en el presente contrato. (Este parágrafo no aplica para el servicio de HCB INTEGRAL que contempla únicamente la cualificación.)

JUSTIFICACIÓN DE MODIFICACÍON

La presente solicitud de modificación se sustenta en las siguientes consideraciones:

El ICBF tiene la responsabilidad constitucional y legal de garantizar y prevalecer los derechos de los niños y niñas de Colombia, conforme a lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución Política, la Ley 12 de 1991, la Ley 1098 de 2006 y la Ley 1804 de 2016. Estas leyes establecen la protección y promoción de los derechos de la infancia, incluyendo el acceso a una educación inicial de calidad.

Dicho lo anterior y según el memorando expedido por las Direcciones de Contratación y de Primera Infancia, con radicado N°20241600000026093 de fecha de 08 de marzo de 2024, cuyo asunto es, "Orientaciones para la suscripción de adiciones y prórroga de los contratos de aporte y convenios que contemplan la prestación de los servicios de Hogares Comunitarios de Bienestar -HCB-, HCB Agrupados, HCB Integrales, HCB FAMI, Hogares Empresariales, Jardines Sociales y, Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión -DIER en el marco de la Resolución 001 de 2024 del ICBF.", se brindaron las orientaciones y lineamientos para la suscripción de las adiciones y prórrogas a los contratos de aporte y convenios, de los servicios descritos, que se encuentren en ejecución; por concepto de continuidad en la prestación de los servicios de atención a la Primera Infancia.

Es de anotar que, interrumpir o afectar la prestación de estos servicios tendría un impacto negativo en el bienestar y desarrollo de los niños y niñas beneficiarios, lo cual va en contra de los objetivos del ICBF; por consiguiente, es obligatorio garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral de la Primera Infancia en el territorio nacional.

En consecuencia, la Regional Bolívar deberá tramitar, perfeccionar y verificar el cumplimiento de los requisitos de ejecución de las respectivas modificaciones contractuales por concepto de prórroga y adición a los contratos de aportes y convenios, las cuales se sustentan en el ajuste de la diferencia de los costos de la canasta relacionada con los perfiles de talento humano que devenguen el SMLMV de las modalidades de atención de niños y niñas, donde deberán percibir el incremento establecido en el Decreto 2292 de 2023 del Presidente de la República, de allí que, es necesaria la actualización del costeo en el valor de los contratos de aporte , y convenios, los cuales se encuentran en ejecución para la vigencia 2024, adoptados en los Lineamientos de Programación y Ejecución de Metas Sociales y Financieras vigentes para la vigencia 2024 del ICBF. Igualmente, la modificación contractual por concepto de adición de estos servicios debe incluir el diferencial del IPC calculado inicialmente, que fue del 5.10%, para llevar al indicador final que se estableció en el 9.28%.

En lo que respecta a la prórroga de estos contratos, esta será hasta de un mes, toda vez que en el ejercicio de planeación se cuenta con el correspondiente recurso y se estima, dentro de este periodo, adelantar al interior de las regionales las respectivas gestiones y estrategias atinentes a garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de atención a la primera infancia en lo que resta de la vigencia 2024 y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal con que se cuente para la fecha.

Conforme a lo anterior, los supervisores de los contratos identificaron los recursos no ejecutados por concepto de ahorros e inejecuciones en los contratos, hasta el mes de marzo. Estos recursos serán utilizados en la modificación de contratos bajo el concepto de Reinversión, dando aplicación a las orientaciones descritas en el memorando con Radicado N°20201600000080853 de 2020, emitido desde la Dirección de Primera Infancia. Esta estrategia se alinea con el principio de eficiencia y buen uso de los recursos públicos.

Finalmente, el supervisor del contrato, actuando en el marco de sus competencias, establecidas en la Guía General para el Ejercicio de Supervisión e Interventoría de Contratos y Convenios Suscritos por el ICBF (G6.ABS V3), emite concepto sobre la viabilidad para realizar el análisis de la necesidad, conveniencia y oportunidad de modificar el contrato número

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

13004442023, suscrito con la EAS **FUNDACION SALUD Y NUTRICION**, recomendando mediante esta justificación al ordenador del gasto realizar la modificación de prórroga y/o adición (según aplique), que conforme a los costos asociados a los servicios garantizan el presupuesto requerido para la atención hasta el 30 de abril del año en curso, y el pago del recurso humano hasta el 30 de abril de 2024 teniendo en cuenta que la EAS hasta la fecha ha cumplido cabalmente las obligaciones contenidas en el contrato según certificado de idoneidad adjunto, el cual hace parte integral de la presente justificación.

Dicho lo anterior, el Comité de Contratación de la Regional Bolívar, dio concepto favorable para la presente modificación como consta en el **Acta de Comité de Contratación No. 10 del día 18 de Marzo de 2024.**

Para finalizar, las demás cláusulas contractuales de las cuales no se solicita ajustes, permanecen vigentes y no se modificará su contenido.

	Documentos soporte de la EAS CDP PACCO

FIRMA LA SOLICITUD

ROSEMBER ALVARADO RODRIGUEZ
Coordinador ICBF
Centro Zonal Histórico y del Caribe Norte

PÚBLICA

MODIFICACION CLAUSULAS CONTRACTUALES ESPECIFICAS DEL CONTRATO DE APORTE PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN HCB, HCB INTEGRAL, HCB AGRUPADOS, HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA – FAMI, HCB MÚLTIPLES, HCB EMPRESARIALES Y JARDINES SOCIALES

MODIFICACIÓN CLAUSULA 2- PLAZO DE EJECUCIÓN
MODIFICACIÓN CLÁUSULA 3 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO

CLÁUSULA 2. PLAZO DE EJECUCIÓN
El plazo de ejecución del contrato será hasta el 30 de ABRIL de 2024, contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento de la modificación.

CLÁUSULA 3 – VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO
El valor del presente contrato corresponde hasta la suma de de **SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($692.692.812)**, incluidos impuestos, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar, compuesto de la siguiente manera: VALOR APORTE ICBF 2023: **TRES MILLONES OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS MCTE. ($3.084.354)**, VALOR APORTE ICBF 2024: de **SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS MCTE, (689.608.458).**

Se modifica la forma de pago del presente contrato, así:

•Se crea el desembolso # 4 quedando así:

Vigencia	Desembolso	Periodo	Valor
2024	4	Abril	**DOSCIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($217.227.388)**

Para este último de desembolso, se tendrán en cuenta los requisitos exigidos para el tercer desembolso.

Nota1: Las demás estipulaciones y cláusulas contractuales no sufren modificaciones. Por lo tanto, continúan vigentes.

PÚBLICA

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHralfaro	RODRIGO ANTONIO ALFARO HERNANDEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-013	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR
Fecha y Hora Sistema:	2024-03-27-4:47 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 6024 de fecha 2024-01-13. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	5024	**Fecha Registro:**	2024-01-13	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-013 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Con Obligacion			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	689.608.458,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	689.608.458,00	**Saldo x Obligar:**	374.687.748,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	806005881	**Razón Social:**	FUNDACION SALUD Y NUTRICION	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	24130227935	**Banco:**	BANCO CAJA SOCIAL S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	43517617	**Nombre:**	MARIA MERCEDES LOPEZ MORA	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	13004442023	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2023-12-30

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A	C-4602-1500-6-704020-4102002-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF		472.381.070,00	0,00		
					Total:	472.381.070,00	0,00	472.381.070,00	157.460.360,00

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A	C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE	Nación	10	CSF	2024-03-27	217.227.388,00	0,00		
					Total:	217.227.388,00	0,00	217.227.388,00	217.227.388,00

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

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
46-02-00-013	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-01-15	0,00	0,00	NINGUNO
46-02-00-013	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-03-15	472.381.070,00	157.460.360,00	NINGUNO
46-02-00-013	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-04-01	217.227.388,00	217.227.388,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-40-101077915	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	29	12	2023	00:00	30	04	2024	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION SALUD Y NUTRICION		NIT: 806.005.881-9
DIRECCIÓN: BR. EL LAGUITO EDF.BAVARIA LOCAL 1	CIUDAD: CARTAGENA, BOLIVAR	TELÉFONO:	6650456

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.		NIT: 899.999.239-2
DIRECCIÓN: CENTRO EDIFICIO CONCASA PISO 16 Y 17	CIUDAD: CARTAGENA, BOLIVAR	TELÉFONO	6644374
BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.	ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL AFIANZADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY, POR LESIONES CORPORALES A PERSONAS O DAÑOS A PROPIEDADES DE TERCEROS DERIVADOS DE LA EJECUCION DE LOS TRABAJOS A QUE SE REFIERE EL CONTRATO 13004442023 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA, EL LINEAMIENTO TECNICO PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONIA CON LA POLITICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	29/12/2023	30/04/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	29/12/2023	30/04/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	**10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV**	29/12/2023	30/04/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE ADICIONA VALOR AL CONTRATO Y SE MODIFICA SU VIGENCIA DE ACUERDO CON LA MODIFICACION DEL 26 DE MARZO DE 2024.
NUEVA FECHA DE TERMINACION: 30 DE ABRIL DE 2024
NUEVO VALOR DEL CONTRATO: $692.692.812

DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS, CONTINUAN VIGENTES.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******64,109.00	$ *******3,000.00	$ ******12,750.00	$ ***********79,860.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SOPHIA ASESORES DE SEGUROS LTDA	194617	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.
QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELEFONO: 6108441 - BOGOTA, D.C.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

33-40-101077915

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Rosaura Bautista C.

FIRMA TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-40-101077915	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	29	12	2023	00:00	30	04	2024	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION SALUD Y NUTRICION		**NIT: 806.005.881-9**
DIRECCIÓN: BR. EL LAGUITO EDF.BAVARIA LOCAL 1	**CIUDAD:** CARTAGENA, BOLIVAR	**TELÉFONO:**	6650456

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.	IDENTIFICACIÓN	**NIT: 899.999.239-2**
DIRECCIÓN: CENTRO EDIFICIO CONCASA PISO 16 Y 17	**CIUDAD:** CARTAGENA, BOLIVAR	**TELÉFONO:**	6644374

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	29/12/2023	30/04/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	29/12/2023	30/04/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	29/12/2023	30/04/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELEFONO: 6108441 - BOGOTA, D.C.

33-40-101077915

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Rosaura Bautista C.

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	CALLE 100	33	33-40-101077915	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	03	2024	29	12	2023	00:00	30	04	2024	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	FUNDACION SALUD Y NUTRICION		**NIT: 806.005.881-9**
DIRECCIÓN: BR. EL LAGUITO EDF.BAVARIA LOCAL 1	**CIUDAD:** CARTAGENA, BOLIVAR	**TELÉFONO:**	6650456

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.		**NIT: 899.999.239-2**
DIRECCIÓN: CENTRO EDIFICIO CONCASA PISO 16 Y 17	**CIUDAD:** CARTAGENA, BOLIVAR	**TELÉFONO:**	6644374

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELEFONO: 6108441 - BOGOTA, D.C.

33-40-101077915

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Rosaura Bautista C.

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**CALLE 100**	**33**	**33-44-101245416**	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
30	**12**	**2023**	**29**	**12**	**2023**	**00:00**	**31**	**03**	**2027**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION SALUD Y NUTRICION	**NIT: 806.005.881-9**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
BR. EL LAGUITO EDF.BAVARIA LOCAL 1	CARTAGENA, BOLIVAR	6650456

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR.	**NIT: 899.999.239-2**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CENTRO EDIFICIO CONCASA PISO 16 Y 17	CARTAGENA, BOLIVAR	6644374

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. 13004442023 CUYO OBJETO ES PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA, EL LINEAMIENTO TECNICO PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONIA CON LA POLITICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	29/12/2023	30/09/2024	$95,093,084.80
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	29/12/2023	31/03/2027	$95,093,084.80
CALIDAD DEL SERVICIO	29/12/2023	30/09/2024	$95,093,084.80

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ***1,813,281.00	$ ******20,000.00	$ *****348,323.00	$ *********2,181,605.00	$ ******285,279,254.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SOPHIA ASESORES DE SEGUROS LTDA	194617	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELEFONO: 6108441 - BOGOTA, D.C.

33-44-101245416

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

Rosaura Bautista C.

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA