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 | 806.005.881-9 | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 13004402023 | 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 | RESPONSABLE DEL IMPUESTO | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 4 (día) junio (mes) 2024 (año) | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Reserva presupuestal | PAGO No: | 1 | DE | 1 |
| VALOR A PAGAR | $ 6.435.018,00 | EN LETRAS | SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DIECIOCHO PESOS M/CTE | | |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2023 (año) | HASTA | 31 (día) diciembre (mes) 2023 (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 | 156523 | 10 | C-4102-1500-18-0-4102002-02 | 162 | A-02-02-02-009-002-01 | $ 6.435.018,00 |
| | | | | | | |

**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 | 24130229380 | 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 | $ 6.435.018,00 | |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ 6.435.018,00 | B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ 6.435.018,00 | |

| 68152293 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| LAURA MARCELA CAMARGO NIÑO | COORDINADORA CENTRO ZONAL HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE | BOLÍVAR | CENTRO ZONAL HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE | |
| **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** |
| NATHALY DEL CARMEN MORALES TOVAR | ENLACE FINANCIERO CZ APOYO A SUPERVISION PRIMERA INFANCIA | BOLÍVAR | CENTRO ZONAL HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE | |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| ELIANA ESTRADA JIMENEZ | GRUPO ASISTENCIA TECNICA | | 4/06/2024 |

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


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

# Documento de Cobro No 001

***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 NUTRICIÓNFUNDASALUD, DETALLA A CONTINUACIÓN LA SIGUIENTE CUENTA DE COBRO, QUE POR CONCEPTO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE APORTE NUMERO* ***13004402023*** *EL ICBF ENTIDAD CONTRATANTE, LE ADEUDA A FUNDASALUD POR CONCEPTO DE* ***ATENCION 2023*** *CORRESPONDIENTE A LA EJECUCION MES DE* ***DICIEMBRE 2023,*** *POR LA SUMA DE* ***SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DIEZ Y OCHO PESOS ($6.435.018),*** *ATENDIENDO* ***88 HOGARES COMUNITARIOS MODALIDAD FAMI Y 21 HCB TRADICIONALES*** *DANDO CUMPLIMIENTO A UNA DE LAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE..*

**MAYO 15 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 mayo 15del 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.

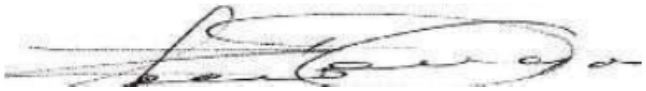
Cartagena de Indias mayo 15 de 2024

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 **abril** 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:

3325 1EDE AF86 FDD4

**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 2 días del mes de Abril 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

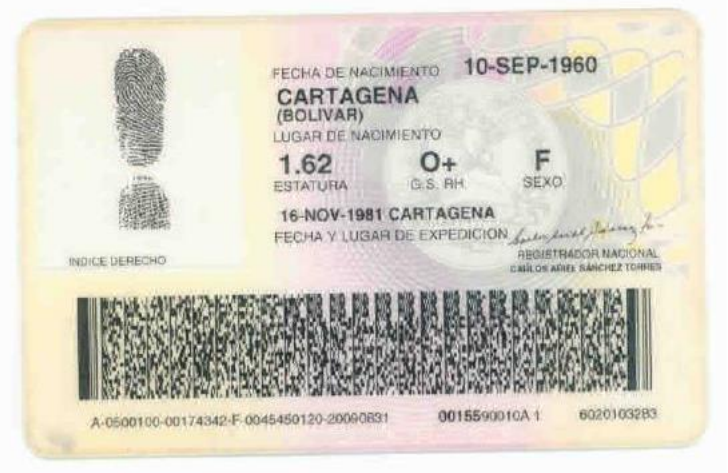
Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

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




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




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

## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHralfaro | RODRIGO ANTONIO ALFARO HERNANDEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 41-06-00-013 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR |
| Fecha y Hora Sistema: | 2023-12-30-10:16 a. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 37923 de fecha 2023-12-26. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 156523 | **Fecha Registro:** | 2023-12-30 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 41-06-00-013 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 11.978.992,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 11.978.992,00 | **Saldo x Obligar:** | 11.978.992,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 806005881 | **Razón Social:** | FUNDACION SALUD Y NUTRICION | **Medio de Pago:** | Giro |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | | **Banco:** | | **Tipo:** | | **Estado:** | |

**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:** | 13004402023 | **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 LA PRIMERA INFANCIA | C-4102-1500-18-0-4102002-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE ATENCIÓN TRADICIONAL A LA PRIMERA INFANCIA - APOYO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 6.435.018,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 6.435.018,00 | 0,00 | 6.435.018,00 | 6.435.018,00 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 166 POLIZAS PARA PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA | C-4102-1500-18-0-4102002-02 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE ATENCIÓN TRADICIONAL A LA PRIMERA INFANCIA - APOYO AL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA A NIVEL NACIONAL | Nación | 10 | CSF | **FECHA OPERACIÓN** | **VALOR INICIAL** | **VALOR OPERACIÓN** | **VALOR ACTUAL** | **SALDO X OBLIGAR** |
| | | | | | | 5.543.974,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 5.543.974,00 | 0,00 | 5.543.974,00 | 5.543.974,00 |

| | |
|---|---|
| **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 CONFORMIDAD CON EL MANUA |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 41-06-00-013 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL BOLIVAR | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2023-12-30 | 11.978.992,00 | 11.978.992,00 | NINGUNO |

**FIRMA(S) RESPONSABLE(S)**

cesce

Segurexpo de Colombia S.A. Nit. 860.009.195-9

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CONTRATOS CELEBRADOS CON ENTIDADES ESTATALES (LEY 80/93)

Actividad Económica 6511 – Seguros Generales.
No Somos Grandes Contribuyentes.
Responsable de IVA. No efectuar retención en la fuente por concepto de primas.

NIT: 860.009.195-9
Calle 72 nº 6-44 piso 12, Bogotá.
Tel: (571) 326 69 69
Fax: (571) 211 02 18
segurexpo@segurexpo.com
BOGOTÁ, D.C.

| FECHA EXP. | SUCURSAL | RAMO | PÓLIZA | CERTIFICADO | TIPO CERTIFICADO | NRO. ENDOSO | HOJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30/12/2023 | BOGOTA | 24 | 13922 | 4110080579 | EXPEDICIÓN | 0 | 1/1 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | FUNDACION SALUD Y NUTRICION | | | NIT | 8060058819 |
| DIRECCIÓN | CALLE EDIF TOCAHAGUA OF 11 01 LAGUITO (130001) CARTAGENA DE INDIAS - BOLÍVAR | TELÉFONO | +57 6056780888 | CIUDAD | CARTAGENA DE INDIAS |
| ASEGURADO | FUNDACION SALUD Y NUTRICION Y INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | | | NIT | 8060058819 |
| BENEFICIARIO | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y/O TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | |

OBJETO:

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL QUE SE GENERA POR RECLAMACIONES DE TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DE ACTOS, HECHOS U OMISIONES DEL CONTRATISTA, DERIVADOS DE LA EJECUCIÃ³N DEL CONTRATO NÂº 13004402023 CUYO OBJETO ES GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL TOMADOR/AFIANZADO, CONTENIDAS EN EL CONTRATO Nº 13004402023, 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 Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, 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; EL PAGO DE LOS PERJUICIOS, MULTAS Y/O CLAUSULA PENAL A QUE HAYA LUGAR, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LOS AMPAROS OTORGADOS.

LOS PERJUICIOS CUBIERTOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, INCLUYEN LOS DAÑOS EMERGENTES Y EL LUCRO CESANTE. ASÍ MISMO SE AMPARAN LOS PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES, DE ACUERDO CON EL CLAUSULADO GENERAL
SUMA ASEGURADA 100% DEL PLO. $260.000.000

| AMPAROS | VALOR ASEGURADO ($-Pesos Colombianos) | VIGENCIA | | DEDUCIBLE | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | DESDE | HASTA | % | MINIMO($-Pesos Colombianos) |
| Básico - Predios, labores y operaciones (PLO) | 260,000,000.00 | 29/12/2023 | 31/03/2024 | 10.00 | 1,656,232.00 |
| Vehículos propios y no propios | 260,000,000.00 | 29/12/2023 | 31/03/2024 | 10.00 | 1,656,232.00 |
| Patronal | 260,000,000.00 | 29/12/2023 | 31/03/2024 | 10.00 | 1,656,232.00 |
| Contratistas y subcontratistas | 260,000,000.00 | 29/12/2023 | 31/03/2024 | 10.00 | 1,656,232.00 |

| VALOR ASEGURADO | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor Anterior | Aumento/ Disminución | Valor Actual | Desde las 00:00 Horas | 29 | 12 | 2023 | Hasta las 24:00 Horas | 31 | 3 | 2024 |
| 0.00 | 0.00 | 260,000,000.00 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TRM 1.00 | Prima Neta:$ 200,876.71 | Gastos Expedición: $ 5,000.00 | IVA(19%): $ 39,116.57 | Total a pagar: $ 244,993.28 |

| INTERMEDIARIOS | | | COASEGURO (100% COMPAÑIA) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Intermediario | Clave | % | Coasegurador | % | Valor Asegurado |
| SOPHIA ASESORES DE SEGUROS LTDA | 4199 | 100.00 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Usuario Cargue | MCO9011950266 | Usuario de Autorización | MCO9011950266 | Usuario de Expedición | MCO9011950266 |

LAS PARTES ACUERDAN QUE, SALVO PACTO EN CONTRARIO, EL PAGO DE LA PRIMA SE DEBERÁ HACER A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

(415)7709998292888(8020)000139220000014110080579(3902)00000024499328

Referencia de Pago :
000139220000014110080579

LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE BAJO EL CLAUSULADO RCEPARTIC0022022, REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

Segurexpo - Representante Legal

Rosaura Bautista C.

Firma Tomador

Para validar los datos de la presente póliza ingresé a www.segurexpo.com - opción Servicios/Consulta Pólizas o leyendo el código QR mostrado a la derecha

cesce

Segurexpo de Colombia S.A. Nit. 860.009.195-9

PÓLIZA DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (LEY 80/93)

Actividad Económica 6511 – Seguros Generales.
No Somos Grandes Contribuyentes.
Responsable de IVA. No efectuar retención en la fuente por concepto de primas.

NIT: 860.009.195-9
Calle 72 nº 6-44 piso 12, Bogotá.
Tel: (571) 326 69 69
Fax: (571) 211 02 18
segurexpo@segurexpo.com
BOGOTÁ, D.C.

| FECHA EXP. | SUCURSAL | RAMO | PÓLIZA | CERTIFICADO | TIPO CERTIFICADO | NRO. ENDOSO | HOJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30/12/2023 | BOGOTA | 10 | 157927 | 4110080578 | EXPEDICIÓN | 0 | 1/1 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | FUNDACION SALUD Y NUTRICION | | | NIT | 8060058819 |
| DIRECCIÓN | CALLE EDIF TOCAHAGUA OF 11 01 LAGUITO (130001) CARTAGENA DE INDIAS - | TELÉFONO | +57 6056780888 | CIUDAD | CARTAGENA DE INDIAS |
| GARANTIZADO | FUNDACION SALUD Y NUTRICION | | | NIT | 8060058819 |
| DIRECCIÓN | CALLE EDIF TOCAHAGUA OF 11 01 LAGUITO (130001) CARTAGENA DE INDIAS - | TELÉFONO | +57 6056780888 | CIUDAD | CARTAGENA DE INDIAS |
| ASEGURADO | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL BOLIVAR | | | NIT | 8999992392 |
| DIRECCIÓN | CENTRO CALLE 32 NO. 8-50. EDIFICIO CONCASA PISO 15,16 Y17 () CARTAGENA DE | TELÉFONO | +57 6645052 | CIUDAD | CARTAGENA DE INDIAS |

OBJETO:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL TOMADOR/AFIANZADO, CONTENIDAS EN EL CONTRATO Nº 13004402023, 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 Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, 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; EL PAGO DE LOS PERJUICIOS, MULTAS Y/O CLAUSULA PENAL A QUE HAYA LUGAR, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO, DE CONFORMIDAD CON LOS AMPAROS OTORGADOS.

| AMPAROS | VALOR ASEGURADO ($-Pesos Colombianos) | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA |
|---|---|---|---|
| Cumplimiento de contrato | 185,907,956.40 | 29/12/2023 | 30/09/2024 |
| Salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales | 185,907,956.40 | 29/12/2023 | 31/03/2027 |
| Calidad del bien o servicio | 185,907,956.40 | 29/12/2023 | 30/09/2024 |

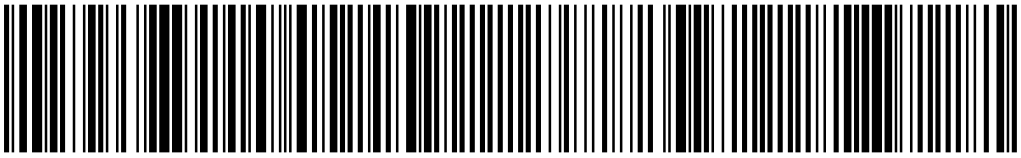
| VALOR ASEGURADO | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor Anterior | Aumento/ Disminución | Valor Actual | Desde las 00:00 Horas | 29 | 12 | 2023 | Hasta las 24:00 Horas | 31 | 3 | 2027 |
| 0.00 | 0.00 | 557,723,869.20 | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TRM 1.00 | Prima Neta:$ 3,551,096.64 | Gastos Expedición: $ 10,000.00 | IVA(19%): $ 676,608.36 | Total a pagar: $ 4,237,705.00 |

| INTERMEDIARIOS | | | COASEGURO (100% COMPAÑIA) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Intermediario | Clave | % | Coasegurador | % | Valor Asegurado |
| SOPHIA ASESORES DE SEGUROS LTDA | 4199 | 100.00 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Usuario Cargue | MCO9011950266 | Usuario de Autorización | MCO9011950266 | Usuario de Expedición | MCO9011950266 |

LAS PARTES ACUERDAN QUE, SALVO PACTO EN CONTRARIO, EL PAGO DE LA PRIMA SE DEBERÁ HACER A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.



(415)7709998292888(8020)00157927000001411008057 8(3902)00000423770500

Referencia de Pago :
00157927000001411008057 8

LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE BAJO EL CLAUSULADO CUMESTTRA0022022, REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

Segurexpo - Representante Legal

Firma Tomador

Para validar los datos de la presente póliza ingresé a www.segurexpo.com - opción Servicios/Consulta Pólizas o leyendo el código QR mostrado a la derecha

Segurexpo de Colombia S.A. Nit. 860.009.195-9

# CERTIFICACIÓN

SEGUREXPO DE COLOMBIA S.A. certifica que la póliza de CUMPLIMIENTO Nº 157927 CERTIFICADO 4110080578 emitida por la Compañía NO EXPIRARÁ por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento de ella o por revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía.

Se firma en BOGOTÁ, D.C., a los 30 días del mes de Diciembre de 2023



Firma autorizada
SEGUREXPO DE COLOMBIA S.A.
ASEGURADORA DE CRÉDITO Y DEL COMERCIO EXTERIOR