Yo, **VERONICA CECILIA VIEDMA GONZALEZ**

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	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR DE PIAGUA				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900194434-1		
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	19003472024	FECHA SUSCRIPCIÓN	1 (día) mayo (mes) 2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) mayo (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			10 (día) septiembre (mes) 2024 (año)		

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	3 DE 3
VALOR A PAGAR	$ 179.069.331	EN LETRAS	CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) septiembre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2024 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA	160324	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	162		$ 178.798.939
POLIZAS PARA PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA	160324	10	C-4602-1500-9-704020-4602020-02	166		$ 270.392

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 AGRARIO DE COLOMBIA S.A	NÚMERO DE CUENTA	4-210-13-00419-1	TIPO DE CUENTA	AHORROS

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	$ 179.069.331,00	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 179.069.331,00	B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 179.069.331,00	

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
VERONICA CECILIA VIEDMA GONZALEZ	SUPERVISORA		CENTRO	

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
ASTRID ELENA TORRES MUÑOZ	ENLACE SEGUIMIENTO FINANCIERO		CENTRO	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)

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

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Cauca
Centro Zonal Centro

TERCER DESEMBOLSO

SUBPROYECTO: HOGARES COMUNITARIOS
MODALIDAD: HOGARES COMUNITARIOS AGRUPADO
PERIODO: SEPTIEMBRE-OCTUBRE

OPERADOR	NUMERO DE CONTRATO	NUMERO DE CUPOS	VALOR A GIRAR	CUENTA BANCARIA	TIPO DE CUENTA	BANCO
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR DE PIAGUA	19003472024	314	**$ 179.069.331**	421013004191	AHORROS	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.

VERONICA CECILIA VIEDMA GONZALEZ
SUPERVISORA DEL CONTRATO

Reviso: Veronica Viedma
Elaboro: Astrid Elena Torres Muñoz

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE PROVEEDORES

EL TAMBO-CAUCA, 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

REGIONAL CAUCA

Yo, **MARIA ALEJANDRA LONDOÑO LULIGO,** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.061.758.631,** en mi calidad de representante legal de la Entidad **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DEL BIENESTAR PIAGUA** identificada con Nit No. **900194434-1** manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad, se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución con corte al 31 de agosto del 2024

Atentamente,

Alejandra Londoño.

MARIA ALEJANDRA LONDOÑO LULIGO
CC No. 1.061.758.631

FORMATO 2
MODELO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003
PERSONA JURIDICA
IP-003-2019

Yo, María Alejandra Londoño Luligo, identificada con documento CC 1.061.758.631, en mi condición de Representante Legal de *ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA*
identificada con Nit 900194434-1, CERTIFICO QUE HE CUMPLIDO CON EL PAGO DE LOS APORTES REALIZADOS POR LA ASOCIACION DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES CALENDARIO LEGALMENTE EXIGIBLES A LA FECHA DE PRESENTACION DE NUESTRA DOCUMENTACION POR LOS CONCEPTOS DE SALUD, PENSIONES, RIESGOS LABORALES, CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF Y SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Para constancia se certifica en El Tambo - Cauca a los 9 días del mes de septiembre del 2024 en cumplimiento del artículo 50 de la ley 789 del 2002 y ley 828 del 2003

FIRMA Alejandra Londoño.

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA: MARIA ALEJANDRA LONDOÑO LULIGO

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL CAUCA CENTRO ZONAL CENTRO

DEBE A:

ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA

NIT. 900194434-1

PESOS M/CTE
($ 179.069.331)

CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL TRECIENTOS TREINTA Y UNO PESOS M/CTE

TERCER DESEMBOLSO DEL CONTRATO DE APORTE No. **19003472024**

CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR Y LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE NIÑOS Y NIÑAS.

El Tambo, 09 de septiembre de 2024

Alejandra Londoño.

MARIA ALEJANDRA LONDOÑO LULIGO C.C. 1.061.758.631
Representante Legal

ANEXO DE CONDICIONES

CONTRATO DE APORTE 19003472024

ASOCIACION PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA
NIT - 900194434

Contenido

JUSTIFICACIÓN....1
CLÁUSULA PRIMERA – PRORROGAR EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO....3
CLÁUSULA SEGUNDA – ADICIONAR AL VALOR TOTAL CONTRATO....3
CLÁUSULA TERCERA – MODIFICAR PARCIALMENTE LA CLAUSULA 3- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO....3
CLÁUSULA CUARTA – GARANTIAS....5
CLÁUSULA QUINTA – DECLARACIONES DEL CONTRATISTA:....5
CLÁUSULA SEXTA - PERMANENCIA DE LAS ESTIPULACIONES....5
CLÁUSULA SEPTIMA – REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:....5
CLÁUSULA OCTAVA – DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA MODIFICACIÓN:....5

JUSTIFICACIÓN
A través de Memorando con radicado No: 20241600000102313 del 12/08/2024 cuyo asunto es "Orientaciones para la suscripción de adiciones y prorrogas de los contratos de aporte y convenios que contemplan la prestación de los servicios de educación inicial en el marco de atención integral a la Primera Infancia de Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB, HCB Agrupados, HCB Integrales, HCB FAMI, Hogares Empresariales, Jardines Sociales y Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión – DIER, a partir del 01 de septiembre hasta el 31 de octubre 2024." la Dirección de Primera Infancia y la Dirección de Contratación, impartieron las orientaciones para el trámite contractual tendiente a la suscripción de adiciones, así como la prórroga de los contratos de aporte que contemplen la prestación de los servicios a la Primera Infancia, Comunitaria, Familiar, Institucional; lo anterior en el marco de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre, Ley 1804 de 2016, y, en aplicación de lo contenido en el Articulo 44 del Manual de Contratación vigente, y en las demás normas que lo sustituyan, modifiquen o adicionen, para el trámite contractual tendiente a la suscripción de adiciones. Con el fin de continuar propiciando las condiciones para la prestación del servicio de educación inicial en el marco de la atención integral a la Primera Infancia, en todos los componentes de calidad, mediante los cuales se busca potenciar de manera intencionada su desarrollo integral, a través de la atención y la protección integral, en términos de calidad, oportunidad, continuidad y pertinencia a partir del 1 de septiembre de 2024, se deberán tener en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

En consecuencia, las Direcciones Regionales deberán tramitar, perfeccionar y verificar el cumplimiento de los requisitos de ejecución de las respectivas modificaciones contractuales por concepto de adición y prorroga a los contratos de aporte y convenios.

Es de anotar que la presente adición y prórroga al contrato de aporte se celebrara de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 35, literal h del Manual de Contratación Vigente, que establece:

ARTÍCULO 35. CAUSALES PARA CONTRATAR POR INVITACIÓN CERRADA (IC).

H) Cuando se trate de asociaciones de padres y madres usuarios del servicio, independientemente de que se encuentren o no habilitadas en el Registro Único de Oferentes, para la operación del servicio de los Hogares Comunitarios de Bienestar en sus diferentes formas de atención: HCB, HCB Agrupados, HCB Integrales, Hogares Empresariales, HCB Múltiples, HCB FAMI, Jardines Sociales y Hogares Infantiles. Lo anterior, previa verificación del cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación (i) jurídicas, (ii) técnicas, (iii) administrativas y financieras, (iv) de experiencia y (v) de infraestructura exigidas por el ICBF para ser consideradas idóneas, procedimiento que deberá quedar debidamente documentado.

j) Cuando existan circunstancias que adviertan la posibilidad de materialización de riesgos de vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y se requiera contratar de manera inmediata la prestación de los servicios de bienestar familiar, siempre y cuando la premura de la situación no permita adelantar la selección q través del registro único de oferente.

Teniendo en cuenta el memorando citado inicialmente y las indicaciones impartidas por la Dirección de Primera Infancia a través del Memorando con radicado No. 20201600000080853 del 28 de mayo de 2020, se otorgó concepto previo favorable para posterior aprobación en Comité Técnico Operativo, la propuesta de reinversión presentada por la Entidades Administradoras del Servicio -EAS- mediante la cual se informa de inejecuciones por el **Rubro 162** la suma de **VEINTE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($20.576.559) y por Rubro 166 VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($25.875).** Lo anterior con el fin de reinvertir esta misma suma en el contrato y así optimizar los recursos públicos para la atención a la primera infancia.

Finalmente, y una vez realizada la validación de la matriz de contratación por parte de la Subdirección de Operación de la Atención a la Primera Infancia del ICBF, el Comité de Contratación de la Regional Cauca en sesión No. 41 del 24 de agosto de 2024, emitió concepto favorable para la celebración del presente tramite contractual, en los términos establecidos en el Artículo 20 del Manual de Contratación vigente

Que, con base en anterior justificación y los documentos anexos, las partes de común acuerdo hemos convenido integrar el presente anexo de modificación al contrato de aporte, el cual fue suscrito a través de la plataforma SECOP II, el cual contiene las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA – PRORROGAR EL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO
Prórroga Desde el 01 de Septiembre de 2024 hasta el 31 de octubre de 2024. MODIFICAR LAS CLÁUSULAS 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, con el fin de ajustar el plazo de ejecución del contrato, quedando de la siguiente manera: **CLÁUSULA 5. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato será hasta el 31 de octubre de 2024, a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

CLÁUSULA SEGUNDA – ADICIONAR AL VALOR TOTAL CONTRATO
Para todos los efectos legales el valor total de la adición será por la suma de **CIENTO NOVENTA Y CUATRO MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($194.043.456) RP 160324 DE 2024-04-29,** compuesto por: i)Adición al valor de los aportes que realizará el ICBF a la EAS por valor **de CIENTO NOVENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($193.798.939), DEPENDENCIA 162 POSICION CATALOGO DEL C-4602-1500-9-704020-4602020-02 FUENTE NACION RECURSO 10,** como aporte para la atención de los beneficiarios. ii) Adición al valor de los aportes que realizara el ICBF a la EAS por valor de **DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE ($244.517), DEPENDENCIA 166 POSICION CATALOGO DEL C-4602-1500-9-704020-4602020-02 FUENTE NACION RECURSO 10** para la adquisición de pólizas.

CLÁUSULA TERCERA – MODIFICAR PARCIALMENTE LA CLAUSULA 3 - VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO
MODIFICAR PARCIALMENTE LAS CLÁUSULAS 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, con el fin de ajustar el valor de contrato, incluir un (1) desembolso adicional y adicionar el Parágrafo Décimo cuarto del giro de los desembolsos, quedando de la siguiente manera: **CLÁUSULA 3. VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** El valor del presente contrato corresponde hasta la suma de **SEISCIENTOS VEINTISIETE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE. ($627.963.650),**

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 **SEISCIENTOS VEINTISIETE MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE. ($627.175.783)**, como aporte del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR para la atención de los beneficiarios.
2. Los aportes que realizara el ICBF para adquisición de pólizas por valor de **SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE. ($787.867).**

El Valor del aporte efectuado por el ICBF será desembolsado de la siguiente manera: Se incluyen un desembolso adicional:

Vigencia	Desembolso	Periodo	Valor
2024	3	BIMESTRAL	CIENTO NOVENTA Y CUATRO MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE **($194.043.456)**

El giro del desembolso se hará efectivo previa aprobación por parte del supervisor y/o interventor de los siguientes documentos presentados por el representante legal de la EAS, o quien se encuentre debidamente facultado: *(…) Desembolso Tercero (03):* a) Informe de la ejecución financiera del período anterior. El informe financiero deberá cumplir con el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. b) Informe de ejecución técnica y administrativa del período anterior que deberá tener el contenido previsto en los instrumentos que entregue para ello el ICBF. c) Copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF, correspondiente al periodo anterior. d) Certificado de cobertura que refleje el número de niños y niñas atendidas en el período anterior. e) Planilla de pago del talento humano correspondiente al período anterior, acompañado del soporte de pago de los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y parafiscales de todo el talento humano contratado para la ejecución del contrato. f) Registro, actualización y reporte del 100% de los datos con calidad del talento humano con su respectivo perfil profesional y cargo con el cual se desempeña en las UDS, contratado para la ejecución, en el Sistema de Información que el ICBF disponga. g) Reporte generado por el Sistema de Información Cuéntame y/o sistema o herramienta que el ICBF defina, del 100% de las UDS asociadas al contrato, manteniendo el código del Sistema de Información Cuéntame y actualizando los datos del nombre, responsable o coordinador, los datos de georreferenciación, dirección exacta (según servicios públicos), teléfono y dotación de materiales culturales entregados en el marco de la política pública de primera infancia. Y la dotación de acuerdo con la guía orientadora para la compra de la dotación para las Modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral (cuando el ICBF lo disponga). h) Reporte de información con calidad generado por el Sistema Cuéntame y/o sistema o herramienta que el ICBF defina, del 100% de los beneficiarios atendidos, con el 100% de la información de los procesos de formación a padres o cuidadores que hayan asistido a las jornadas de formación a las familias de acuerdo con el manual y el

100% de la respectiva toma nutricional realizada de acuerdo con el estado nutricional y el seguimiento según los manuales operativos de la Modalidad. i) Registro y actualización del 100% de información de las atenciones priorizadas de acuerdo con las orientaciones de la Dirección de Primera Infancia. j) Registro Mensual de Asistencia -RAM – o el instrumento que defina el ICBF según la atención.

PARÁGRAFO DÉCIMO CUARTO: el valor de la adición será cancelado por el ICBF en el próximo desembolso que se efectúe con posterioridad a la suscripción de la modificación contractual y actualización de pólizas por concepto de adición.

CLÁUSULA CUARTA – GARANTIAS

EL CONTRATISTA se obliga a realizar la modificación de las garantías establecidas inicialmente en el contrato, ajustándolas al nuevo valor, en los términos de la presente modificación, que forma parte integral del contrato, ajustándola al nuevo valor, la cual deberá cargar en SECOP II, debidamente firmadas.

CLÁUSULA QUINTA – DECLARACIONES DEL CONTRATISTA:

EL CONTRATISTA hace las siguientes declaraciones: 1. Conoce y acepta los Documentos del Proceso de Modificación Contractual, los cuales hacen parte integral del contrato que se aprueba a través de SECOP II. 2. Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los Documentos del Proceso y recibió del ICBF respuesta oportuna a cada una de las solicitudes. 3. Se encuentra debidamente facultado para aceptar la presente Modificación del Contrato. 4. Que al momento de la celebración de la presente modificación no se encuentra en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición legal para celebrar y ejecutar la misma. 5. Está a paz y salvo con el sistema de seguridad social integral. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA responderá por haber ocultado u omitido al contratar inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones o por haber suministrado información errónea o falsa.

CLÁUSULA SEXTA - PERMANENCIA DE LAS ESTIPULACIONES

Los demás términos y condiciones pactados en el contrato inicial, así como sus adicciones, modificaciones, aclaraciones y prorrogas que no hayan sido modificadas ni contrarias al presente documento, y a lo solicitado por el supervisor continúan vigentes y son de obligatorio cumplimiento para las partes.

CLÁUSULA SEPTIMA – REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:

La presente modificación requiere para su perfeccionamiento de la aprobación de las partes en la plataforma SECOP II y para su ejecución la aprobación de las garantías, expedición de Certificado de Registro Presupuestal.

CLÁUSULA OCTAVA – DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA MODIFICACIÓN:

Hacen parte de la modificación, anexo aportado**,** el memorando de solicitud de modificación, el formato de justificación de modificación contractual, CDP, Acta del comité de Contratación No. 41 del 24 de agosto de 2024, Memorando de orientaciones Radicado No. : 20241600000102313 del 12/08/2024, certificado de reconocimiento de personeria jurídica expedida por el ICBF, Certificado de encontrarse al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales, Copia de la cedula de ciudadanía, tarjeta y antecedentes profesionales del revisor

fiscal (cuando aplique), Validación de la matriz de contratación de la Dirección de Primera Infancia, Invitación a celebrar la presente adición de recursos y prorroga al plazo de ejecución, respuesta a invitación, Informe de supervisor cumplimiento aspectos técnicos, jurídicos y financieros, documentos que deben ser cargados en la plataforma SECOP II.

NOTA: LOS LINEAMIENTOS ESPECIALES DE CADA CONTRATO, TALES COMO OBLIGACIONES ESPECÍFICAS, PLAZO DE EJECUCIÓN, VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO SE ENCUENTRAN EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE APORTE QUE SE APRUEBA EN SECOP II. LA AUTENTICACIÓN DEL SECOP II, ES DECIR LAS APROBACIONES REALIZADAS CON LOS USUARIOS ASIGNADOS CONSTITUYEN UNA FIRMA ELECTRÓNICA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 527 DE 1999 Y LAS NORMAS QUE LA REGLAMENTAN.

Revisó: Ingrid Villamil Wubbolt / Coordinadora Grupo Jurídico
Proyectó: Nury Dangelly /Abogada Grupo Jurídico

PÚBLICA

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
POPAYAN	**POPAYAN**	**40**	**40-40-101016955**	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	**08**	**2024**	**01**	**05**	**2024**	**00:00**	**31**	**10**	**2024**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	**NIT: 900.194.434-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
VEREDA EL MORAL	EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA	**NIT: 899.999.239-2**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	POPAYAN, CAUCA	8313100

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA

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:

EL PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS A TERCEROS, EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE APORTE No 19003472024, CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB Y HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR AGRUPADOS, HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD CORRESPONDIENTE, 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	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**	01/05/2024	31/10/2024	$260,000,000.00	$260,000,000.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ANEXO DE CONDICIONES SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31/10/2024 Y SE AUMENTA AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO QUEDANDO EN $ 627.963.650

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****108,630.00	$ *******3,000.00	$ ******21,209.00	$ ***********132,839.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

Alejandra Londoño.

40-40-101016955

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

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
POPAYAN	POPAYAN	40	40-40-101016955	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	08	2024	01	05	2024	00:00	31	10	2024	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	NIT: 900.194.434-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
VEREDA EL MORAL	EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	POPAYAN, CAUCA	8313100

BENEFICIARIO:



VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *****108,630.00	$ *******3,000.00	$ ******21,209.00	$ **********132,839.00	$ ******260,000,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11009103269519(3900)000000132839(96)20250501

REFERENCIA PAGO:

1100910326951-9

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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
POPAYAN	POPAYAN	40	40-40-101016955	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	08	2024	01	05	2024	00:00	31	10	2024	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA		**NIT: 900.194.434-1**
DIRECCIÓN: VEREDA EL MORAL	**CIUDAD:** EL TAMBO, CAUCA	**TELÉFONO:** 3137606570	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA		**NIT: 899.999.239-2**
DIRECCIÓN: CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	**CIUDAD:** POPAYAN, CAUCA	**TELÉFONO:** 8313100	

BENEFICIARIO: 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA

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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

Alejandra Londoño.

40-40-101016955

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

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
POPAYAN	**POPAYAN**	**40**	**40-46-101007204**	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	**08**	**2024**	**01**	**05**	**2024**	**00:00**	**31**	**08**	**2027**	**23:59**	**ANEXO CAUSA PRIMA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	**NIT: 900.194.434-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
VEREDA EL MORAL	EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	POPAYAN, CAUCA	6028375019

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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 19003472024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB Y HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR AGRUPADOS, HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD CORRESPONDIENTE, 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.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CALIDAD DEL SERVICIO	01/05/2024	01/03/2025	$18,838,909.50	$13,001,305.32
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/05/2024	01/03/2025	$18,838,909.50	$13,001,305.32
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/05/2024	31/08/2027	$31,398,182.50	$21,668,842.20

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ANEXO DE CONDICIONES SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31/10/2024 Y SE AUMENTA AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO QUEDANDO EN $ 627.963.650

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******80,389.00	$ **********0.00	$ ******15,274.00	$ **********95,663.00	$ *******69,076,001.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

Alejandra Londoño.

40-46-101007204

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

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
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101007204	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	08	2024	01	05	2024	00:00	31	08	2027	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	NIT: 900.194.434-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
VEREDA EL MORAL	EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	POPAYAN, CAUCA	6028375019

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia Corresponsal Bancario éxito Gana Gana Su Red Coopidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL
$ ******80,389.00	$ **********0.00	$ ******15,274.00	$ ***********95,663.00	$ *******69,076,001.50

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

PLAN DE PAGO CONTADO

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 T... RACIÓN

DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11009103269493(3900)000000095663(96)20250828

REFERENCIA PAGO: 1100910326949-3

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101007204	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	08	2024	01	05	2024	00:00	31	08	2027	23:59	ANEXO CAUSA PRIMA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	**IDENTIFICACIÓN**	NIT: 900.194.434-1
DIRECCIÓN:	VEREDA EL MORAL	**CIUDAD:** EL TAMBO, CAUCA	**TELÉFONO:** 3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA	**IDENTIFICACIÓN**	NIT: 899.999.239-2
DIRECCIÓN:	CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	**CIUDAD:** POPAYAN, CAUCA	**TELÉFONO:** 6028375019

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

Alejandra Londoño.

40-46-101007204

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

MIGUELMORENOSUS

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
POPAYAN	**POPAYAN**	**40**	**40-46-101007204**	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	**08**	**2024**	**01**	**05**	**2024**	**00:00**	**31**	**10**	**2027**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	**NIT: 900.194.434-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
VEREDA EL MORAL	EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	POPAYAN, CAUCA	6028375019

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:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 19003472024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB Y HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR AGRUPADOS, HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD CORRESPONDIENTE, 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.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CALIDAD DEL SERVICIO	01/05/2024	30/04/2025	$18,838,909.50	$18,838,909.50
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/05/2024	30/04/2025	$18,838,909.50	$18,838,909.50
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	01/05/2024	31/10/2027	$31,398,182.50	$31,398,182.50

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN ANEXO DE CONDICIONES SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31/10/2024 Y SE AUMENTA AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO QUEDANDO EN $ 627.963.650

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******27,544.00	$ *******8,000.00	$ *******6,753.00	$ **********42,297.00	$ *******69,076,001.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

Alejandra Londoño.

40-46-101007204

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

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
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101007204	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	08	2024	01	05	2024	00:00	31	10	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	NIT: 900.194.434-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
VEREDA EL MORAL	EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA	POPAYAN, CAUCA	6028375019

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla Super INTER SURTIMAX Movil Red

Bancolombia Corresponsal Bancario

éxito

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL
$ ******27,544.00	$ *******8,000.00	$ *******6,753.00	$ ***********42,297.00	$ *******69,076,001.50

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
EDWIN ARMANDO DIAZ MAYORGA	40847	100.00			

PLAN DE PAGO CONTADO

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 T RACIÓN

DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11009103269501(3900)000000042297(96)20250501

REFERENCIA PAGO:

1100910326950-1

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

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
POPAYAN	POPAYAN	40	40-46-101007204	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
28	08	2024	01	05	2024	00:00	31	10	2027	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR PIAGUA	NIT: 900.194.434-1

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:
	VEREDA EL MORAL		EL TAMBO, CAUCA	3137606570

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF REGIONAL CAUCA	NIT: 899.999.239-2

DIRECCIÓN:		CIUDAD:		TELÉFONO:
	CALLE 6 CARRERA 26 ESQUINA		POPAYAN, CAUCA	6028375019

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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 CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

40-46-101007204

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

Alejandra Londoño.

FIRMA TOMADOR

MIGUELMORENOSUS

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmgiron	MILLER ANDRES GIRON BUSTOS
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	46-02-00-019	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CAUCA
Fecha y Hora Sistema:	2024-08-28-7:58 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 57224 de fecha 2024-04-28. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	160324	**Fecha Registro:**	2024-04-29	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		46-02-00-019 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CAUCA			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Con Obligacion			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	433.920.194,00	**Valor Total Operaciones:**	194.043.456,00			**Valor Actual:**	627.963.650,00	**Saldo x Obligar:**	211.524.485,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	900194434	**Razón Social:**	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR DE PIAGUA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	421013004191	**Banco:**	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	25295783	**Nombre:**	AMPARO MOSQUERA ANGULO	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	19003472024	**Tipo:**	CONTRATO DE APORTE	**Fecha:**	2024-04-29

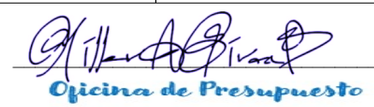
ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

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-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT	Nación	10	CSF	2024-08-28	433.376.844,00	193.798.939,00		
					Total:	433.376.844,00	193.798.939,00	627.175.783,00	211.254.093,00

166 POLIZAS PARA PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA	C-4602-1500-9-704020-4602020-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES Y AMENAZAS - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y DISPOSICIÓN DE CONDICIONES Y OPORTUNIDADES QUE PROMUEVAN EL DESARROLLO INT	Nación	10	CSF	**FECHA OPERACIÓN**	**VALOR INICIAL**	**VALOR OPERACIÓN**	**VALOR ACTUAL**	**SALDO X OBLIGAR**
					2024-08-28	543.350,00	244.517,00		
					Total:	543.350,00	244.517,00	787.867,00	270.392,00

Objeto:	1940002 P15444 Prestar servicios atención a 1ra infancia HCB y HCB Agrupados, HCB Familia Mujer e Infancia FAMI, conf Manual Operativo de la Modalidad correspondiente,

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		**POSICION DEL CATALOGO DE PAC**		**FECHA**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO POR OBLIGAR**	**LINEA DE PAGO**
46-02-00-019	ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CAUCA	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2024-12-31	627.963.650,00	211.524.485,00	NINGUNO



FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

