Outlook

Autorización para pago - Tejiendo Interculturalidad _Contrato 44009812024

Desde Karen Margarita Chinchia Vega <Karen.Chinchia@icbf.gov.co>
Fecha Jue 5/12/2024 15:32
Para PAGOS GUAJIRA <PAGOSGUAJIRA@icbf.gov.co>
CC Elda Marina Ortiz Vidal <Elda.Ortiz@icbf.gov.co>

Buenos Tardes

Me permito informarle que ya se encuentra cargada en el SharePoint del Centro Zonal Fonseca, Diciembre - Familia, la certificación para el pago correspondiente al segundo desembolso del 50% del Contrato de Aportes 44009812024.

Se autoriza el pago

CERTIFICACION DE PAGOS
ASOC. DEPTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA LUIS A. "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ. - CONTRATO DE APORTES N° 44009812024

Cordialmente,

KAREN MARGARITA CHINCHIA VEGA
Coordinadora Centro Zonal Fonseca
ICBF Sede Regional La Guajira
Avenida Principal Salida a Barrancas
Teléfono: 6057755142 Ext: 551006
www.icbf.gov.co

BIENESTAR FAMILIAR

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

Homepage

Aumentar el contraste 7

Procesos SECOP | Procesos | Contratos | Proveedores | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	162.900.000,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%

Valor pendiente de ejecución:	162.900.000,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	162.900.000,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Carg
☐	202448300000022143 Memorando de Designaicon de Supervision CZ Fonseca Tejiendo Interculturalidad Signed.pdf	202448300000022143 Memorando de Designaicon de Supervision CZ Fonseca Tejiendo Interculturalidad Signed.pdf	Com
☐	ACTA_INICIO_44009812024.pdf	ACTA_INICIO_44009812024.pdf	Com
☐	INFORME DE SUPERVISION PAGO N° 1.pdf	INFORME DE SUPERVISION PAGO N° 1.pdf	Com
☐	RP-335024 CONTRATO 44009812024 (1).pdf	RP-335024 CONTRATO 44009812024 (1).pdf	Com

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/so

Yo, **KAREN MARGARITA CHINCHIA VEGA**

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	ASOC. DEPTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJ. LUIS A. "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ.						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	900221108-1				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	44009812024	FECHA SUSCRIPCIÓN	16 (día)	septiembre (mes)	2024 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	RESPONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			4 (día) diciembre (mes) 2024 (año)				

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2	DE	3
VALOR A PAGAR	$ 78.300.000,00	EN LETRAS	SETENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/L		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) noviembre (mes) 2024 (año)	HASTA	30 (día) noviembre (mes) 2024 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	335324	27	C-4602-1500-9-704080-4602022-02	144	A-02-02-02-009-003-05	$ 78.300.000,00

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:	AV VILLAS	NÚMERO DE CUENTA	861095305	TIPO DE CUENTA	AHORROS

3. OBSERVACIONES

EL OPERADOR ASOC. DEPTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJ. LUIS A. "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ. DIO CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL CONTRATO 981 del 16/09/2024 INFORMACION QUE FUE REVISADA Y APROBADA POR EL SUPERVISOR Y REPOSA EN EL CENTRO ZONAL, PAGO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO DESEMBOLSO, DEL 50%.

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	$ 78.300.000,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 78.300.000,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 78.300.000,00

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

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
KAREN MARGARITA CHINCHIA VEGA	COORDINADORA	GUAJIRA	CENTRO ZONAL No. 3 FONSECA	
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
ELDA MARINA ORTIZ VIDAL	TECNICO ADMINISTRATIVO	GUAJIRA	CENTRO ZONAL No. 3 FONSECA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
KAREN MARGARITA CHINCHIA VEGA	CENTRO ZONAL FONSECA		15/11/2024

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

ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA
LUIS ANTONIO "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ
Resolución 0081 de 24 de Julio de 2007
Ministerio del Interior y de Justicia
Nit: 900221108-1
Contrato de aporte No. 186 de 2019

CUENTA DE COBRO No. 002

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

NIT. 899999239-2

DEBE A.

ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA LUIS ANTONIO ROBLES

NIT. 900221108-1

LA SUMA DE: SETENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M. LEGAL ($78.300.000)

Correspondiente al 50% del segundo desembolso del contrato de aporte No. 44009812024 DE 16 DE SEPTIEMBRE DEL 2024, del ICBF vigencia 2024,Por concepto de: **"** PRESTAR SERVICIOS PARA FORTALECER LAS CAPACIDADES DE LAS FAMILIAS Y LAS COMUNIDADES ÉTNICAS Y CAMPESINAS, PARA GENERAR COMUNIDADES O ENTORNOS PROTECTORES QUE PERMITAN EL BUEN VIVIR DE LOS NIÑOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS, LA CONSTRUCCIÓN DE TEJIDO SOCIAL Y CULTURAL Y LA PROTECCIÓN INTEGRAL A PARTIR DEL RECONOCIMIENTO DE SUS SABERES, TRADICIONES, INTERESES, USOS Y COSTUMBRES, CONTRIBUYENDO A SU PERVIVENCIA Y SALVAGUARDA.**"** de conformidad con los lineamientos técnicos y manual operativo.

Dada en Fonseca a los 2 días del mes de diciembre del 2024

DARLIN DIAZ REDONDO
Representante Legal
ASOROBLISTA

Carrera 20 No. 14C – 12
E-mail: asoroblistas@gmail.com
Riohacha-La Guajira

Teléfonos: 3012126709 – 3127295562

ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA
LUIS ANTONIO "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ
Resolución 0081 de 24 de Julio de 2007
Ministerio del Interior y de Justicia
Nit: 900221108-1
Contrato de aporte No. 186 de 2019

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSION, RIESGO PROFESIONAL Y PARAFISCALES

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION *DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA LUIS ANTONIO "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ*

CERTIFICA:

Yo, DARLIN DIAZ REDONDO identificado con cedula de ciudadanía No. 84.092.147 en mi condición de Representante Legal de *ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA LUIS ANTONIO "EL NEGRO" ROBLES SUAREZ,* identificada con el NIT: 900221108-1, certificó durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigible la organización ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión, riesgo profesional y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra a paz y salvo por todo el concepto relacionado con dichos aportes. De igual manera certificó el pago de la seguridad social integral del personal que presta sus servicios por OPS

Todo lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 759nde 2002 y la ley 828 de 2003.

La presente se expide en Riohacha a los 2 días del mes de diciembre del 2024.

DARLIN DIAZ REDONDO
Representante Legal
ASOROBLISTA

Carrera 20 No. 14C – 12
E-mail: asoroblistas@gmail.com
Riohacha-La Guajira
Teléfonos: 3012126709 – 3127295562



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 84.092.147
DIAZ REDONDO

APELLIDOS
DARLIN

NOMBRES
Darlin Diaz Redondo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1983
RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-ABR-2001 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-4800100-01093571-M-0084092147-20190816 0067380074A 1 9909742474

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141147196491

(415)7707212489984(8020) 000014114719649 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 2 1 1 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
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

ASOCIACION DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTES EN LA GUAJIRA LUIS ANTONIO EL NEGRO ROBLES SUAREZ

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

41. Dirección principal

CL 34 B 33 A 80

42. Correo electrónico darlin_diaz@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 2 1 2 6 7 0 9	3 1 2 7 2 9 5 5 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
9 4 9 9	2 0 0 7 0 7 2 4	8 4 1 3	2 0 0 7 0 7 2 4	8 8 9 9		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

07- Retención en la fuente a título de rent

14- Informante de exogena

42- Obligado a llevar contabilidad

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

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 DIAZ REDONDO DARLIN

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141147196491

(415)7707212489984(8020) **000014114719649 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 2 1 1 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Riohacha	2 5	

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	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 8	
72. Número	8 1	0
73. Fecha	2 0 0 7 0 7 2 4	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 7	
76. Fecha de registro	2 0 0 7 0 7 2 4	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 7 0 7 2 4	
81. Hasta	3 0 0 0 1 2 3 1	

Composición del Capital

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

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación 9

Estado y Beneficio

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

Vinculación económica

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

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141147196491

(415)7707212489984(8020) **000014114719649 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 2 1 1 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 2 2 8

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 4 0 9 2 1 4 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DIAZ	REDONDO	DARLIN	

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

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

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

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

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

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: 141147196491

(415)7707212489984(8020) **000014114719649 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 2 1 1 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Riohacha	2 5	

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 7 8 0 9 5 6 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
GOMEZ	REDONDO	JAVIER	ARGEMIRO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 1 0 1 9	2 0 1 7 0 2 2 7

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	4 0 9 2 3 2 3 7		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
VIDES	CUJIA	LIVIA	MARIA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 1 0 1 9	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 4 0 3 5 9 3 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
REDONDO	GAMEZ	HENRY	ARIEL

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 1 0 1 9	2 0 1 7 0 2 2 7

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 1 8 8 1 3 7 6 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
ARREGOCES	BRITO	KELLYS	DYAN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 1 0 1 9	2 0 1 7 0 2 2 7

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	4 0 9 2 2 3 8 1		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PITRE	REDONDO	FARIDES	MARGARITA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 2 1 0 1 9	2 0 1 7 0 2 2 7

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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: 141147196491

(415)7707212489984(8020) **000014114719649 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 0 2 2 1 1 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Riohacha	2 5	

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

	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	119. Razón social	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
1	Cédula de Ciudada 1 3	8 4 0 9 2 1 4 7		COLOMBIA 1 6 9	DIAZ	REDONDO	DARLIN					2 0 1 7 0 2 2 8	
2	Cédula de Ciudada 1 3	1 1 1 8 8 0 7 4 3 2		COLOMBIA 1 6 9	VANEGAS	JULIO	ZENAIDA	ROSA				2 0 1 7 0 2 2 8	
3	Cédula de Ciudada 1 3	8 4 0 9 2 1 9 6		COLOMBIA 1 6 9	SOTO	GAMEZ	JOSE	DAVID				2 0 1 7 0 2 2 8	
4	Cédula de Ciudadan 1 3	8 4 0 2 8 3 8 8		COLOMBIA 1 6 9	VARGAS	MUÑOZ	JOSE	TOMAS				2 0 1 7 0 2 2 8	
5													

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 44009812024

INFORME PERIODICO NUMERO 02

1. Datos generales

Período del informe:		Noviembe-2024	Número de contrato/convenio:	44009812024
Tipo de contrato/convenio		APORTE	Fecha suscripción contrato/convenio:	16/09/2024
Valor Inicial del contrato/convenio	$	162.900.000	Plazo de Ejecución Inicial :	30/11/2024

OBJETO: FORTALECER LAS CAPACIDADES DE LAS FAMILIAS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, PARA GENERAR COMUNIDADES O ENTORNOS PROTECTORES QUE PERMITAN EL BUEN VIVIR DE LOS NNA, LA GARANTIA DE LOS DERECHOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS, LA CONSTRUCCION DE TEJIDO SOCIAL Y CULTURAL Y LA PROTECCIÓN INTEGRAL A PARTIR DEL RECONOCIMIENTO DE SUS SABERES, TRADICIONES, INTERESES, USOS Y COSTUMBRES CONTRIBUYENDO A SU PERVIVENCIA Y SALVAGUARDA.

Alcance del objeto (si aplica)

2. Datos supervisor

Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	KAREN CHINCHIA VEGA Coordinadora Centro Zonal Fonseca	Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio)	KAREN CHINCHIA VEGA Coordinadora Centro Zonal Fonseca
Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica)	KAREN CHINCHIA VEGA Coordinadora Centro Zonal Fonseca	Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica)	
Nombre Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)	KAREN CHINCHIA VEGA	Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)	
Otros supervisores **(*)**		Cargos de otros supervisores	

(*) *Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.*

3. Datos contratista

Nombre Contratista:	ASOC.DEPARTAMENTAL DE COMUNIDADES NEGRAS RESIDENTE EN LA GUAJIRA " LUIS ANTONIO EL NEGRO ROBLES"	Cédula o NIT:	900221108-1
Dirección:	Calle 34B NRO 33A-80	Correo electrónico:	asoroblistas@gmail.com
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:	DARLIN DIAZ REDONDO	Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación **(i):**	DARLIN DIAZ REDONDO
Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal **(i)**:			

(i) *Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación.*

4. Plazo de duración del contrato/convenio

Desde cuándo:	1/10/2024	Hasta cuándo:	30/11/2024
Fecha aprobación pólizas:	24/09/2024	Fecha expedición R.P.:	24/09/2024
Fecha acta de inicio:	1/10/2024	Fecha inicio del contrato/convenio:	
Fecha documento de Prórroga (si aplica):		Prorrogado hasta cuándo (si aplica):	
Fecha aprobación póliza de la prorroga:		Fecha de terminación:	

Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.

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

5. Información presupuestal

Valor Inicial del contrato/convenio 162.900.000

Aporte ICBF 156.600.000
Aporte Contratista (si aplica) 6.300.000

No. de CDP:	128024	Fecha CDP:	16/09/2024	Valor de CDP:	156.600.000
No. de RP:	335324	Fecha RP:	24/09/2024	Valor de RP:	156.600.000

(+) ADICIONES

Fecha Documento Adición: _____ Valor Adición: _____

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

No.CDP Adición:		Fecha CDP Adición:		Valor CDP Adición:	
No. de RP Adición:		Fecha RP Adición:		Valor RP Adición:	

Valor adición aporte contratista: _____

Fecha aprobación póliza de la adición _____

Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.

(-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución: _____ Valor disminución : _____

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No.CDP disminución :		Fecha CDP		Valor CDP disminución :	
No. de RP disminución :		Fecha RP disminución		Valor RP disminución :	

Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones) _____

Valor anticipo (si aplica): _____ Fecha pago anticipo (si aplica): _____

Porcentaje amortización (si aplica): _____ Período facturado: _____

Forma de Pago: El valor en dinero de los aportes que realizara ICBF, se pagara en 3 desembolsos asï Primer desembolso del 40%. Segundo desembolso 50% y un Tercer desembolso del 10%.

6. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No. _____ de ____, consistente en _____ (cantidad) contratos, suscritos por _____ (contratante), con el fin de _____ (objeto). De igual manera allega relación de dicha contratación, en _____ folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Observaciones
Noviembre	**15/11/2024**	**$ 62.640.000**	**Primer desembolso correspondiente al 40% de ejecución**

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

8. Pagos Efectuados según estado de cuenta o información suministrada por la Dirección Financiera

Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago	Valor de desembolsos según minuta contractual (A)	Valor pagado o desembolsado (B)	Diferencia (A-B)	Fecha y número de la orden de pago correspondiente	Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos)
1.er desembolso	$ 62.640.000			20/11/204..437317124	Primer desembolso correspondiente al 40% de ejecución
TOTALES	$ 62.640.000				

9. Descuentos/Liberaciones/Reducciones al valor (si aplica)

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción
TOTAL		

10. Reintegros efectuados (si aplica)

Fecha reintegro	Valor reintegro	Comprobante reintegro	Concepto reintegro

11. Resumen ejecución presupuestal acumulado (aplica también para informe final)

Concepto		Valor
Valor Inicial del convenio o contrato	Aporte inicial en dinero por EL ICBF	$ 156.600.000
	Aporte inicial en especie por EL ICBF	
	Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA	$ 6.300.000
	Aporte inicial en especie por CONTRATISTA	
	Total	$ 162.900.000
Valor adiciones	Adición aporte ICBF	
	Adición aporte CONTRATISTA	
	Total	
Valor disminuciones	Disminuciones aporte ICBF	
	Disminuciones aporte CONTRATISTA	
	Total	
Valor total del convenio o contrato	Aporte dinero por EL ICBF	$ 156.600.000
	Aporte en especie por EL ICBF	
	Aporte en dinero por CONTRATISTA	$ 6.300.000
	Aporte en especie por CONTRATISTA	
	Total	$ 162.900.000
Valor total pagado por el ICBF		$ 62.640.000
Valor total ejecutado recursos del ICBF		$ 62.640.000
Recursos reintegrados al ICBF		
Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica)*		
Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA		
Saldo pendiente por reintegrar al ICBF		
Saldo Pendiente por Pagar		$ 93.960.000
Saldo pendiente por liberar **		

** Para el informe fina,l debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Finaciera que avale dichas consignaciones.*

*** El saldo pendiente por liberar corresponde a (En caso de existir saldos pendientes por liberar se deberán justificar las razones por la cuales dicho valor no fue ejecutado por el contratista)……*

Fecha estado de cuenta 2/12/2024

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

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia	
			Desde	Hasta
CUMPLIMIENTO	SEGUROS MUNDIAL	CRC 100028338	16/09/2024	30/05/2025
PRESTACIONES SOCIALES			16/09/2024	30/11/2027
CALIDAD DEL SERVICIO			16/09/2024	30/05/2025

Nota: *Es necesario ingresar las garantías de las modificaciones realizadas al contrato. Así mismo, la garantía de estabilidad de obra, debe estar previamente aprobada por la Dirección de Contratación o las Coordinaciones Jurídicas en las Regionales del ICBF, según sea el caso.*

13. Sanciones

Marque con una "X" el tipo de sanción impuesta al contratista.

Tipo de Sanción (seleccionar con una x)			Número y fecha del acto administrativo que resuelve el proceso administrativo sancionatorio contractual.	Número y fecha del acto administrativo que resolvió el recurso (si aplica)	Fecha de ejecutoria del proceso administrativo sancionatorio contractual.	Valor de la sanción impuesta
Multa. (art. 17 Ley 1150 de 2007)						
Declaratoria de incumplimiento con cobro de perjuicios. (art. 17 Ley 1150 de 2007)	Total					
	Parcial					
Caducidad (art. 14, 18. Ley 1150 de 2007)						

14. Cumplimiento de Obligaciones

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)	Observaciones (iv)
EJE DE CALIDAD: Asegurar que el personal requerido para la ejecución del contrato cuente con el perfil de: Educación (formal, primaria, secundaria,pregrado, posgrado) Formación (cursos especificos de la actividad a desarrollar como diplomados, seminarios, talleres entre otros) o experiencias para garantizar la optima prestación del servicio.	CUMPLE	HOJAS DE VIDA, ARCHIVOS CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, principios, objetivos estrategicos, y politica del sistema integrado de gestión, asi como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos tenicos, manual operativo, guias, formatos entre otros)	CUMPLE	ACTAS , LISTADOS DE ASISTENCIA, EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
EJE POLITICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN: Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual debera ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato.	CUMPLE	FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD. ARCHIVO CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
informar al supervisor en el momento de que ocurra incidente de seguridad que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la informaión del ICBF en el marco de la ejecuón del contrato.	N/A		ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO
EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio.	CUMPLE	CERTIFICACION MEDICA-ARCHIVO ENTIDAD	ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO
Realizar inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución o convenio en materia de seguridad y salud en el trabajo.	CUMPLE	LISTADOS DE ASISTENCIA,EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución de contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	CUMPLE	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, LISTADOS DE ASISTENCIA. ARCHIVO CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
EJE DE GESTION AMBIENTAL: Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente.	CUMPLE	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Adoptar medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.	N.A		ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
Constituir y allegar al icbf las garantias requeridas dentro de los tres dias habiles siguientes a la suscripcion del contrato.	CUMPLE	POLIZAS- ARCHIVO CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Suscribir el acta de inicio el dia siguiente hábil de la fecha en que se aprueben las garantias	CUMPLE	ACTA DE INICIO. ARCHIVO CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Participar y apoyar a Icbf en todas las reuniones a las que este lo convoque relacionada con la ejecucion del contrato	CUMPLE	LISTADOS DE ASISTENCIA,EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Entregar al supervisor del contrato los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto o resultados obtenidos cuando asi se requiera	CUMPLE	INFORMES, LISTADOS DE ASISTENCIA, EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO
Atender los requirimientos instruciones y recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el Icbf a traves del supervisor para una correcta ejecucion y cumplimiento de sus obligaciones	N.A		ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO
Activar la ruta de restableciemiento de derecho en caso de conocer que un NNA participante se encuentra en riesgo o vulneracion de derechos y hacer seguimiento quincenal a los casos durabte la vigencia	N.A		ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO
Disponer bajo su propia responsabilidad del personal idoneo, competente y asumir el pago de salarios, prestaciones e indennizaciones de caracter laboral del personal que el contratista contrate para la ejecución del contrato, lo mismo que el pago de honoarios, los impuestos,retenciones, aportes y servicios de cualquier género que establezcan las leyes colombianas y demás erogaciones necesarias para la ejecucion del congtrato. Es entendido que todos estos gastos han sido estimado por el contratista.	CUMPLE	HOJAS DE VIDA, CERTIFICACIONES DE PAGO Y CERTIFICACIONES ETC.ARCHIVO DE LA ENTIDAD	EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO

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

Disponer bajo su propia responsabilidad de todos los elementos y la gestión de los esppacios necesarios para la correcta prestación de las actividades esenciales de la modalidad.	**CUMPLE**	**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, INFORMES TECNICOS.ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Llevar la contabilidad separada, que permita identificar claramente la ejecución de los recursos asociados a la propueta aprobada, entrega de informe financiero mensuales los 10 dias del mes siguiente, con los debidos soportes,sobre la ejecución de los recursos aportados por el ICBF y contrapartida segun normas y procedimientos legalmente establecidos.	**CUMPLE**	**INFORMES FINANCIEROS, FACTURAS. ARCHIVO ENTIDAD**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Utilizar la imagen del Icbf de acuerdo a los lineamientos establecidos, salvo la autotizacion expresa y escrita de las partes ningun funcionario, podra utilizar el nombre emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios	**CUMPLE**	**EVIDENICAS FOTOGRAFICAS**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Disponer de una cuenta bancaria y llevar una contabilidad independiente para el manejo de los recursos aportados por el Icbf	**CUMPLE**	**CERTIFICACION BANCARIA-ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Remitir al supervisor del contrato, copia del documento donde conste la operación, que por concepto de reintegro, rendimientos financieros,multa o cualquier o cualquier otro se cause a favor de la entidad en razon a la ejecución del contrato n los tiempos que se definan entre la supervisión y el operador	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Reintegrar los recursos aportados por el ICBF , qu no hayan sido ejecutados, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el icbf atraves del supervisor	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Designar por escrito un representante con el finde que haga parte del comité tecnico operativo para el cumplimiento del siguiente contrato.	**CUMPLE**	**OFICIO ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Entregar al supervisor del contrato y entregar al comité tecnico operativo todos los productos requeridos en cada uno de los desembolsos	**CUMPLE**	**ACTA ENTREGABLES. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Reportar al ICBF la informacion de caracterización requerida y realizar el cargue de la misma de acuerdo con los instrumentos y herramientas que la Dirección de Familia y Comunidad del ICBF determine.	**CUMPLE**	**F1**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Realizar el registro y actualización permanente de la información en las plataformas tecnologicas que el ICBF define de forma veraz,completa y comprobable de los usuarios atendidos y sus familias conforme a las disposiciones del ICBF.	**CUMPLE**	**CUENTAME**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Entregar al supervisor del contrato al finalizar el plazo de ejecucíon un informe tecnico de ejecución final sobre el desarrollo de todas las actividades en cumplimiento del cronograma y el plan de trabajo participativo de la propuesta.	**N/A**	**ESTAMOS EN ETAPA DE INCIO**	**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Entregar al supervisor del contratoel informe financiero final , correspondiente a la ejcución total de los recursos aportados por el ICBF, y contrapartida (si aplica), junto con los soportes que conste los pagos realizados durante toda la ejecución del contrato y que se encuentran a paz y salvo con provedores y talento humano vinculado.	**N.A**	**ESTAMOS EN ETAPA DE INCIO**	**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Permitir al supervisor designado por el ICBF el acceso e inspección a sus instalaciones y/o territorios donde se encuentran las familias de grupos etnicos beneficiarios ya sea de manera virtual o presencial según lo aconsejen los protocolos de salud y los protocolos internos de las comunidades.	**CUMPLE**	**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, SEGUIMIENTOS**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
La unidad ejecutora debe guardar todo los documentos soporte de los gastos ejecutados con recursos ICBF y de contrapartida, en el caso que aplique y debe entregr copia de todos los soportes a ICBF, los soportes deben ser aprobados por el supervisor del contrato.	**CUMPLE**	**INFORME DE EJECUCION DE LA CONTRAPARTIDA.**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Presentar por escrito al supervisor del contrato y al comité tecnico operativo el Formato Flujo de caja (F4.G29.PP) que corresponde a la proyección mensual de gastos eingresos, según proyecto, para la aprobación del supervisor.	**CUMPLE**	**F4.G29.PP**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Cumplimiento de Obligaciones Especificas del Contrato/ convenio (i)	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste (iii)**	**Observaciones (iv)**
Brindar el servicio objeto del presente contrato para 87 familias afrodescendientes, en los Municipio de San Juan del Cesar y Fonseca- la Guajira, de acuerdo con la propuesta presentada, la cual hace perte integral del presente contrato.	**CUMPLE**	**CONTRATO. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Dar estricto cumplimiento al proyecto presentado " DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE ENTORNOS PROTECTORES EN LA DINAMICA FAMILIAR,COMUNITARIA Y ORGANIZATIVA DE LAS POBLACIONES AFROCOLOMBIANAS, GENERANDO CAPACIDADES PARA LA PREVENCION DE RIESGO EN LOS MIEMBROS DE LAS 87 FAMILIAS EN LOS TERRITORIOS ANCESTRALES DE CURAZAO, SABANETA Y POTRERITO EN LOS MUNICIPIOS DE SANJUAN DEL CESAR Y FONSECA EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA Através de estrategias participativas con enfoque intercultural, estas actividades se desarrollaran en los tiempos y conogramas presentados.	**CUMPLE**	**PROPUESTA. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Diseñar e implementar un proceso de selección del talento humano de acuerdo con el perfil, cargo a desempeñar y las particularidades culturales de la población, de igual forma un proceso de inducción y evaluación del desempeño del Talento Humano	**CUMPLE**	**ACTAS,LISTADOS DE ASISTENCIA,EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Contratar el talento humano propio y externo requerido y cualificado, para la implementación de la propuesta de acuerdocon los cargos o roles especificos establecidos en el manual operativo, pretendiendo por incluir personas de la comunidad, siempre que tengan pleno conocimiento para el desempeño de los roles definidos.	**CUMPLE**	**COPIA CONTRATO**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Presentar al supervisor del contrato dentro de los 3 días siguientes a la firma del acta de inicio y previa a su contratación, las hojas de vidas del talento humano de la UA que corresponda según el número de familias a atender con soporte en medio digital, que den cuenta del cumplimiento del perfil y los demás requeridos por ley para revisión y verificación de los críterios exigidos.	**CUMPLE**	**HOJAS DE VIDA-ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**

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

Presentar al comité técnico operativo del contrato para revisión y verificación de los críterios exigidos para cada perfil, las modificaciones del talento humano que se presenten durante la ejecución de este, identificando las personas que se retiran y presentándo los soportes correspondientes de las personas que ingresan.	**N/A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Realizar un evento de induccion al talento humano sobre los lineamientos tecnicos administrativos, financieros y juridicos de la modalidad.	**CUMPLE**	**ACTA DE REUNION, EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, LISTADOS DE ASISTENCIA.ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Garantizar la idoneidad y la realizacion de acciones de cualificación del talento humano vinculado a traves de proceso de induccion, atualización, capacitación y asistencia tecnica.	**CUMPLE**	**ACTA DE REUNION, EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, LISTADOS DE ASISTENCIA.ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Realizar un evento amplio con las comunidades participe en la propuesta, para la socialización de a propuesta aprobada, sus alcances, metodologia de implementacion y los compromisos que asume la comunidad y la Unidad Ejecutora.	**CUMPLE**	**ACTA DE SOCIALIZACION, LISTADOS DE ASISTENCIA. ARCHIVO CENTRO ZONAL.**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Implementar el plan de trabajo participativo presentado y aprobado junto a la propuesta, de conformidad con lo establecido en e manual operativo.	**CUMPLE**	**COPIA PLAN OPERATIVO.ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Aplicar los instrumentos, formatos y guias en desarrollo de todas las actividades que se realicen con las comunidades y familias, en concordancia con los componentes de acompañamiento	**CUMPLE**	**INFORMES, EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Proveer los elementos de identificación establecidos en la modalidad para el Talento Humano, según la especificaciones del Manual de Imagen Corporativa del ICBF vigente.	**CUMPLE**	**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS, LISTADO DE ENTREGAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Garantiza ambientes adecuados y seguros para el desarrollo de las actividades y de conformidad con el manual operativo y sus anexos.	**CUMPLE**	**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO A SATISFACCION CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Garantizar tanto el registro como la actualización de la información en la plataforma Cuentame y los demas sistemas de información que disponga	**CUMPLE**	**APLICATIVO CUENTAME**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
Registrar y actualizar oportunamente en las plataforma que el ICBF, defina, las novedades de retiro o fallecimiento de usuarios y talento humano conforme se presenten durante la ejecución contractual.	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Apoyar la identificacion de situaciones de desnutrición en NN menores de 5 años, generando las alertas y activación de la Ruta de remisión a salud para la atención a la desnutrición de niñas y niños menores de cinco años .	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Elaborar un informe final que de cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas, que recoja las evidencias y soportes de los informs parciales anteriores, asi como los resultados y efecto alcanzados en relación con los objetivos generales y especificos de la propuesta.	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Elaborar un informe financiero final que recoja todas las evdencias contables de ejecución de los recursos, según la estructura financiera propuesta y las decisiones de los cambios de rubros aprobados por el supervisor del contrato.	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
Cumplimiento de obligaciones relacionadas con la recepción,almacenamiento,suministro,inventario y custodia de los Alimentos de Alto Valor Nutricional /convenio	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Observaciones (iv)**
1. Suministrara la regional del ICBF, los datos del punto de entregao puntos primarios dnde el contratista recibira los AAVN (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificacion, telefono, horario de atención, número de cupos atender en ese punto). Asi mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días del mes.	**CUMPLE**	**ACTAS,LISTADOS DE ASISTENCIA,EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.ARCHIVO DE LA ENTIDAD**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
2. Utilizar los AAVN, unicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, de conformidad con las directrices, lineamientos,normas,y procedimientos establecidos por el ICBF.En ningun caso se podra vender, donar, intercambiar, usar indebidamente, destinar y/o en gneral disponer de los AAVN en forma diferente a la autorizada por el ICBF.	**CUMPLE**	**ACTAS,LISTADOS DE ASISTENCIA,EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.ARCHIVO DE LA ENTIDAD**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
3. Recibir el AAVN,y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservacion.	**CUMPLE**	**BODEGAS, ACTAS DE ENTREGA ARCHIVO CENTTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
4. Informar al ICBF oportunamente,(como maximo el 15 de cada mes) sobre las dificultades preseentadas en el desarrollo del servicio y las que afectan la calidad y cantidad de los AAVN recibidos. Asi como los saldos de los AAVN en las unidades de servicio o punto de entrega, para que el ICBF, pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondiente.	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
5. Entregar oportunamente los AAVN, a las unidades de servicio y/o usuarios que haran uso de los mismos para evitarsu deterioro.	**CUMPLE**	**ACTA DE ENETREGAS ACTUALIZADAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
6. Llevar control por escrito en los formatos deficidos por el ICBF de la rotación de inventarios y la entrega de los AAVN, a las unidades ejecutorasy/o usuarios, donde se registre el movimiento de os Alimentos, los saldos y las personas respnsable de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuario programados. Estos soporte deben presentarse en medio magnetico, mensualmente durante los 10 primeros diaass del mes siguiente al mes vencido, al Centro Zonal de ICBF,de influencia en el municipio donde esta ubicado el punto de entrega.	**CUMPLE**	**FORMATOS. ARCHIVO CENTRO ZONAL Y DE LA ENTIDAD**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**

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

7. Transportar los AAVN a las unidades ejecutoras en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN.	**CUMPLE**	**EVIDENCIA FOTGRAFICAS. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
8. Solicitar y aceptar el apoyo y la sesoria tecnica del ICBF en lo concerniene al manejo, recepción, cusodia y distribución de los AAVN.	**CUMPLE**	**LISTADOS DE ASISTENCIA. ARCHIVO CENTRO ZONAL**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
9. Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los AAVN de acuerdo con laas indicaciones dadas por el ICBF, asi coo asistir a las capacitaciones, mesaas públicas, rendicion de cuentas o audiencias de veeduria ciudadana a las cuales se convoque por parte del icbf.	**CUMPLE**	**ACTAS,LISTADOS DE ASISTENCIA,EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS.ARCHIVO DE LA ENTIDAD**	**EL OPERADOR CUMPLIO PARCIALMENTE CON LA OBLIGACION EN EL PERIODO**
10. Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF, realice especialmente para dar respuesta a los organismos de control del estado y novedades presentadas en las visitas por la intrventoria y/o ICBF.	N.A		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
11. Cancelar al ICBF el valor de los AAVN, cuando se presenten vencimientos o genren averias por mal almacenamiento o redistribución de producto o hurto o perdida teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de AAVN.	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
12. Atender con oportunidad las visitas que se efectuen por parte del ICBF y/o la interventoria del contrato de produccion y distribución de AAVN y leer y firmaar el acta de visita anotando las obsrvaciones a que hay lugar. Asi mismo dar tramite oportuno a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solucion de las novedades generadas producto de las visitas de interventoria y reportadas por el ICBF.	N.A		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**
13. Al finalizar el contrato el operador debera redistribuir por su cuenta (Transportar de un lugar a otro) los saldos de los AAVN, que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	**N.A**		**ESTA ACTIVIDAD NO APLICA EN ESTE PERIODO REVISADO**

(i) *El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en la cláusula correspondiente del contrato/convenio. Para aquellas obligaciones cuyo cumplimiento no obedezca a un producto tangible, deberá señalar en la columna del "Documento que evidencia el cumplimiento", su concepto sobre el mismo.*

(ii) *Si el Supervisor establece que "no" se ha dado el cumplimiento a una obligación, dentro de uno de los informes periódicos, deberá indicar las razones por las cuales es así, y qué acciones se han tomado sobre dicho incumplimiento. Si el reporte de "no cumplimiento" se presenta en el Informe Final de Supervisión, el supervisor deberá allegar copia y presentar reporte de las acciones adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación "N/A" sólo podrá ser relacionada con algunos periodos en los que esa obligación específica no sea requerida.*

(iii) *El supervisor deberá relacionar todos los documentos que evidencien el cumplimiento de la obligación correspondiente, relacionados con actas de entrega a satisfacción o de reuniones, informes, certificaciones, comunicaciones, oficios, memorandos, y en general cualquier documento que pruebe que la obligación fue efectivamente cumplida. Deberá igualmente indicar el folio del documento y su ubicación.*

(iv) *El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier información que considere relevante relacionada con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.*

15. Seguimiento a matriz de riesgos

Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio?	SÍ		NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SÍ		NO	
Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia:				
Observaciones adicionales:				
Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la ***Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General.***				

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

16. Certificación

El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que el contratista cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Fecha emisión de Informe 2/12/2024

Firma

Nombre Supervisor: KAREN MARGARITA CHINCHIA VEGA

Cargo Supervisor Coordinadora Centro Zonal Fonseca

Firma

Nombre Legalizador de cuentas

Cargo Legalizador de cuentas

Firma

Nombre Revisor Técnico ELBA ROSA CELEDON ROMERO

Cargo Revisor Técnico Profesional Universitario

Firma

Nombre otro revisor

Cargo otro revisor

Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir.

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