Yo, **MARTHA CECILIA BLANQUICETH GRANDA**

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 | CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO - CORSOC ONG | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 800179753-9 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 23007622024 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 28 (día) | diciembre (mes) | 2024 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 30 (día) diciembre (mes) 2024 (año) | HASTA | 30 (día) junio (mes) 2025 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | | | 24 (día) enero (mes) 2025 (año) | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No: 2 DE 7 | |
| VALOR A PAGAR | $ 26.960.100,00 | EN LETRAS | VEINTISEIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL CIEN PESOS M/CTE |
| PERÍODO DE PAGO | DESDE 1 (día) enero (mes) 2025 (año) | HASTA | 31 (día) enero (mes) 2025 (año) |

**2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL**

| DESCRIPCIÓN DEL RUBRO | RPC | RECURSO | IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL | DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO | USO PRESUPUESTAL | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA | 725 | 27 | C-4602-1500-10-704040-4602014-02- | 122 | A-02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO | $ 26.960.100,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | $ 26.960.100,00 |

**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: | BANCOLOMBIA | NÚMERO DE CUENTA | 9100005975 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

Cuenta correspondiente de Alistamiento enero 2025

**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 | $ | 26.960.100,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 26.960.100,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 26.960.100,00 |

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

| NOMBRE | CARGO | DIRECCIÓN REGIONAL / SDG | ÁREA O C.Z. | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| MARTHA BLANQUICETH GRANDA | SUPERVISORA | CÓRDOBA | TIERRALTA | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC**

| NOMBRE | ÁREA | FIRMA | FECHA (dd/mm/aaaa) |
|---|---|---|---|
| ROCIO CORREA PACHECO | GRUPO DE ASISTENCIA TÉCNICA | | 24/01/2025 |

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


Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**CUENTA DE COBRO**

**No. 02-2025**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
**ICBF**
**NIT.899.999.239-2**

**Debe a:**

**CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO-CORSOC ONG**
**NIT. 800.179.753-9**

**Por concepto de:**

APORTE AL CONTRATO Nº 23007622024 DEL 30 DE DICIEMBRE DE 2024 CELEBRADO ENTRE ICBF REGIONAL CORDOBA Y LA CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNIARIO-CORSOC, CUYO OBJETO BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF, CORRESPONDIENTE ALISTAMIENTO MES ENERO DE 2025

**La suma de:**
**$26.960.100**

**Valor en letras: VEINTISÉIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL CIEN PESOS M/Cte**

| | |
|---|---|
| **Fecha** | 22 DE ENERO DE 2025 |
| **Dirección** | CRA 18 Nº22D-58 |
| **Teléfono** | 3135119432 |

| **INFORMACIÓN BANCARIA PARA CONSIGNACIÓN ( En caso de solicitar ser consignado)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Titular** | CORSOC | | | |
| **NIT** | 800.179.753-9 | | | |
| **Número Cuenta** | 09100005975 | | | |
| **Clase de cuenta** | **Ahorros** | **X** | **Corriente** | |
| **Banco** | BANCOLOMBIA | | | |

**Atentamente:**

**PEDRO ACOSTA FERNANDEZ**
**Representante Legal – CORSOC**
**C.C 15.614.444**

CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO.

ORGANISMO SIN ANIMO DE LUCRO
P.J. # 001464 DE SEPT 04/92
NIT N° 800 179 753-9

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES Y TERCEROS**

Yo, **ISAURA ANDREA VILLALBA GUERRA**, identificada con cedula de ciudadanía No.1.067.849.965, en calidad de Revisor Fiscal de la Organización Corporación Para el Desarrollo Social Comunitario **"CORSOC"** con **NIT No 800.179.753 – 9**, manifiesto bajo la gravedad del juramento que **la Organización** se **encuentra al día** con sus obligaciones con **Proveedores**, Terceros e impuestos, con cargo al ***Contrato* 23007622024 – *Modalidad Intervención de Apoyo,*** suscrito con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar **ICBF,** por lo que declaro que se encuentra a **PAZ Y SALVO**.

Para mayor constancia se expide en la ciudad de Montería a los veintidós (22) días del mes de enero de 2025.

**ISAURA ANDREA VILLALBA GUERRA**
**Tarjeta Profesional 146237 – T**
**Revisor Fiscal**

**CERTIFICACIÓN**

Yo, **PEDRO ACOSTA FERNANDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 15.614.444 en calidad de **Representante Legal**, y **OLGA CAVADIA BERRIO**, identificada con cedula de ciudadanía Nº. 1.067.910.551, en calidad de **Contadora General**, ambos de la **Corporación Para el Desarrollo Social Comunitario "CORSOC"** con **NIT Nº 800.179.753 – 9**, manifestamos que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, al igual que con el tiempo de dedicación definido en las tablas del talento humano para la modalidad: intervención de apoyo-apoyo psicosocial, en el contrato celebrado entre INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR "ICBF" y CORSOC, para lo cual se tiene contratado: una Coordinadora, una Auxiliar administrativa, un psicólogo, una Trabajadora Social y un licenciado en pedagogía como profesional de área

Para mayor constancia se expide en la ciudad de Montería los veintidós (22) día del mes de enero de 2025.

**PEDRO ACOSTA FERNANDEZ**
**CC 15.614.444 De Tierralta**
**Representante Legal**

**OLGA CAVADIA BERRIO**
**Tarjeta Profesional 276541 – T**
**Contadora General**






INDICE DERECHO

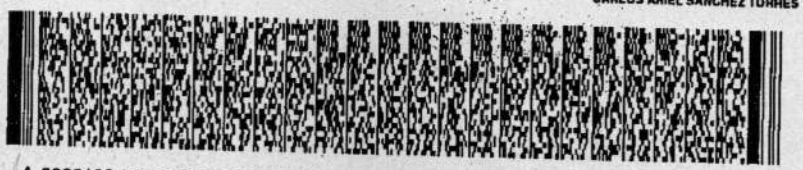
FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1971

MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.68 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

13-AGO-1990 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2800100-00209458-M-0015614444-20100118 0020019544A 1 7530554675




COPIA VALIDA SOLO PARA CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO - CORSOC




ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE
FAVOR ABSTENERSE DE UTILIZARLO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
14623-T
ISAURA ANDREA
VILLALBA GUERRA
C.C. 1067
RESOLUCION INSCRIPCION 381 FECHA 10/12/2009
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. SAN MARTIN
PRESIDENTE
LEONARDO SANCHEZ GARRIDO 156938

COPIA VALIDA SOLO PARA CORPORACIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO - CORSOC


70483
FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE
FAVOR ABSTENERSE DE UTILIZARLO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

950485DE087F692E

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ISAURA ANDREA VILLALBA GUERRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1067849965 de MONTERIA (CORDOBA) Y Tarjeta Profesional No 146237-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

Dado en BOGOTA a los 14 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

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

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141139661298

(415)7707212489984(8020) 000014113966129 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## 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
CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO | CORSOC - ONG |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 18 A 22 D 58 BRR PASATIEMPO

42. Correo electrónico pedroacosta.corsoc@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 0 4 7 8 6 9 6 0 6 | 3 1 3 5 1 1 9 4 3 2 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 8 9 9 | 1 9 9 2 1 1 2 3 | 8 2 3 0 | 1 9 9 2 1 1 2 3 | 4 1 1 2 | 0 1 6 1 | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 7 1 4 4 2 4 8 5 2 5 5

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

### Usuarios aduaneros

54. Código

### 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 ACOSTA FERNANDEZ PEDRO SEGUNDO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 20-01-2025 09:18:29AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141139661298

(415)7707212489984(8020) 000014113966129 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 |

## 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 | 8 | 70. Beneficio | 2 |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 4 | |
| 72. Número | 0 0 1 7 | |
| 73. Fecha | 2 0 0 3 0 6 1 6 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 3 | |
| 76. Fecha de registro | 2 0 0 3 0 7 2 9 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | S 0 5 0 2 6 2 3 | |
| 78. Departamento | 2 3 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 2 0 0 3 0 6 1 6 | |
| 81. Hasta | 2 0 7 1 0 3 3 0 | |

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Gobernación — 9

## Estado y Beneficio

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

## 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 6 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141139661298

(415)7707212489984(8020) 000014113966129 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 0 3 0 7 2 9 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 1 5 6 1 4 4 4 4 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ACOSTA | FERNANDEZ | PEDRO | SEGUNDO |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO |

**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**

Página 4 de 6 **Hoja 4**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141139661298

(415)7707212489984(8020) 000014113966129 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 |

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

**1**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | ARRIETA | VERONICO | |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 0 3 0 6 1 6 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 7 8 7 4 3 9 4 9 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARIAS | SALGADO | CANDIDO | MANUEL |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 3 1 8 | |

**3**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NEGRETE | CALDERIN | LUIS | FELIPE |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 3 1 8 | |

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 2 6 2 1 1 9 6 7 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RUIZ | PACHECO | EBADESA | DEL CARMEN |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 3 1 8 | |

**5**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 7 8 7 6 7 2 5 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FERNANDEZ | HERNANDEZ | FERNANDO | ANTONIO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 3 0 3 1 8 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

**001**

Página 5 de 6 **Hoja 5**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141139661298

(415)7707212489984(8020) 000014113966129 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 7 8 4 9 9 6 5 | | 1 4 6 2 3 7 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VILLALBA | GUERRA | ISAURA | ANDREA |

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

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 8 0 4 1 0 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 7 5 3 0 5 | | 1 2 3 2 3 9 T |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MORA | SALGADO | ANIBAL | RICARDO |

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

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 1 8 0 4 1 0 |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 7 9 1 0 5 5 1 | | 2 7 6 5 4 1 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAVADIA | BERRIO | OLGA | PATRICIA |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 0 1 1 2 5 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

**001**

Página 6 de 6 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141139661298

(415)7707212489984(8020) 000014113966129 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 0 0 1 7 9 7 5 3 | 9 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| Oficina 0 8 | Otras actividades de asistencia social sin alojamiento n.c.p. 8 8 9 9 | |
| 162. Nombre del establecimiento: CORSOC - ONG | | |
| 163. Departamento: Córdoba 2 3 | 164. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1 | |
| 165. Dirección: CR 18 A 22 D 58 BRR PASATIEMPO | | |
| 166. Número de matrícula mercantil: S 0 5 0 2 6 2 3 | 167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 0 3 0 7 2 9 | |
| 168. Teléfono: 6 0 4 7 8 6 9 6 0 6 | 169. Fecha de cierre | |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| 162. Nombre del establecimiento | | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
| 165. Dirección | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica | |
|---|---|---|
| 162. Nombre del establecimiento: | | |
| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio | |
| 165. Dirección | | |
| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil | |
| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 78742881 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS EMILIO HERRERA TORDECILLA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 20 # 8-39 | TELÉFONO: | 7687079 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 455349988 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENT |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO | 20 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 999962 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/12/19 | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 30301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC 78742881 | HERRERA TORDECILLA LUIS EMILIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.608.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 78742881 | $ 31.700 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP | MIN TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 402.2 |
|---|---|

24/12/19 8:06 AM USUARIO: SOI CC78742881

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073975679 |
| OMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAIGUI DEL CARMEN SANCHEZ ROSALES |
| IUDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| IRECCIÓN: | CALLE 14 # 19-16 ALFONSO LOPEZ | TELÉFONO: | 9999999 |
| PO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| PO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| ORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | 4557817886 | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTE |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO | 202 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2024/12/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 999957313 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208 |
| BTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 208 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| SC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162 |
| BTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.800 | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 6 |
| BTOTALES: | | | | | | | | | $ 6.800 | $ 0 | $ 0 | $ 6 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1073975679 | SANCHEZ ROSALES MAIGUY DEL CARMEN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 107397567 | $ 6.800 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MIN TOTAL APO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 378.1 |
|---|---|

Planilla Pagada

24/12/19 8:32 AM USUARIO: SOI CNJIMENEZ

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1073991187 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA ELENA GUERRA NEGRETE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE PENJAMO | TELÉFONO: | 7687079 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4580504411 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTI |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO 2024 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO | 20 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/12/18 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 99911967 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 0301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |
| UBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| PS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |
| UBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| -23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 3 |
| UBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 3 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MIN |
| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TO |
| CC 1073991187 | GUERRA NEGRETE MARIA ELENA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 107399118 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 402.2 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 78765083 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ORBEY DE JESUS ROMERO ARROYO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 7B # 9-34 | TELÉFONO: | 7687395 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4581721904 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTE |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre AÑO | 20 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/12/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 99911780 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 3 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 3 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC 78765083 | ROMERO ARROYO ORBEY DE JESUS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| IDENTIFICACIÓN | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 78765083 | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| IDENTIFICACIÓN | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 78765083 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.300.000 | 78765083 | $ 31.700 |

PARAFISCALES

| IDENTIFICACIÓN | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MIN TO APO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 78765083 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 402.2 |
|---|---|

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50977028 |
| OMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SAUDITH ESTER ACOSTA FERNANDEZ ,ACOSTA |
| UDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| RECCIÓN: | CLL 9 CRA 10-11 B 20 DE JULIO TIERRALTA | TELÉFONO: | 7865232 |
| PO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| PO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| RMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| PORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7950674363 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTE |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES diciembre AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO | 20 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/12/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 11378234 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |
| BTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 0 | $ 20 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| S002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |
| BTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 3 |
| BTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 3 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 50977028 | ACOSTA FERNANDEZ SAUDITH ESTER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.300.000 | 50977028 | $ 31.700 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MIN TO APO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 402.2** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50888183 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ROSALIA FERNANDEZ OBANDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TIERRALTA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 19 # 16-36 | TELÉFONO: | 7687303 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades especializadas para la construc |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4584834467 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTE |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES diciembre AÑO 202 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/12/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 99912743 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 10301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 243.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 243.200 | $ 0 | $ 243 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 243.200 | $ 0 | $ 243 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 190.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 190.000 | $ 0 | $ 0 | $ 190 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 190.000 | $ 0 | $ 0 | $ 190 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 1-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 37.100 | $ 37.100 | $ 0 | $ 0 | $ 37 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 37.100 | $ 0 | $ 0 | $ 37 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | |
| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOT APO |
| CC 50888183 | FERNANDEZ OBANDO ROSALIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.400.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.520.000 | $ 243.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 243.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.520.000 | $ 190.000 | $ 0 | $ 190.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.520.000 | $ 50888183 | $ 37.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 470.30 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

# Certificado
## Bancario

Miércoles, 22 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL CO identificado(a) con NIT 800179753, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 09100005975 | 2022/08/12 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

## ACTA DE INICIO

**CONTRATO DE APORTE N.º 23007622024 SUSCRITO ENTRE EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL CORDOBA Y CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO-CORSOC-ONG**

**OBJETO DEL CONTRATO:** BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF.

**VALOR DEL CONTRATO:** Para todos los efectos legales el valor total estimado del contrato será por la suma de CIENTO SESENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($ 163.505.600)

**FECHA DE INICIO:** 30 de Diciembre de 2024
**FECHA DE TERMINACION:** 30 de Junio de 2025

Se reunieron por una parte **MARTHA BLANQUICETH GRANDA** en su calidad de supervisor del contrato, con el objeto de suscribir la presente acta de inicio por parte del **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL CÓRDOBA** y por otra parte **PEDRO ACOSTA FERNANDEZ** quien obra en calidad de Representante Legal de la **CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO-CORSOC-ONG identificada** con NIT. **800.179.753-9** con el fin de:

- Suscribir acta de inicio del contrato de aporte Nº **23007622024** del 28 de Diciembre de 2024.

La **EAS**, ratifica su compromiso de atender diligente y oportunamente obligaciones estipuladas en el contrato de aporte Nº **23007622024** y demás actividades tendientes al cumplimiento de este.

Para constancia se firma por los que intervinieron en la presente acta a los 30 de Diciembre de 2024.

Por parte del **SUPERVISOR**

MARTHA BLANQUICETH GRANDA
Supervisor

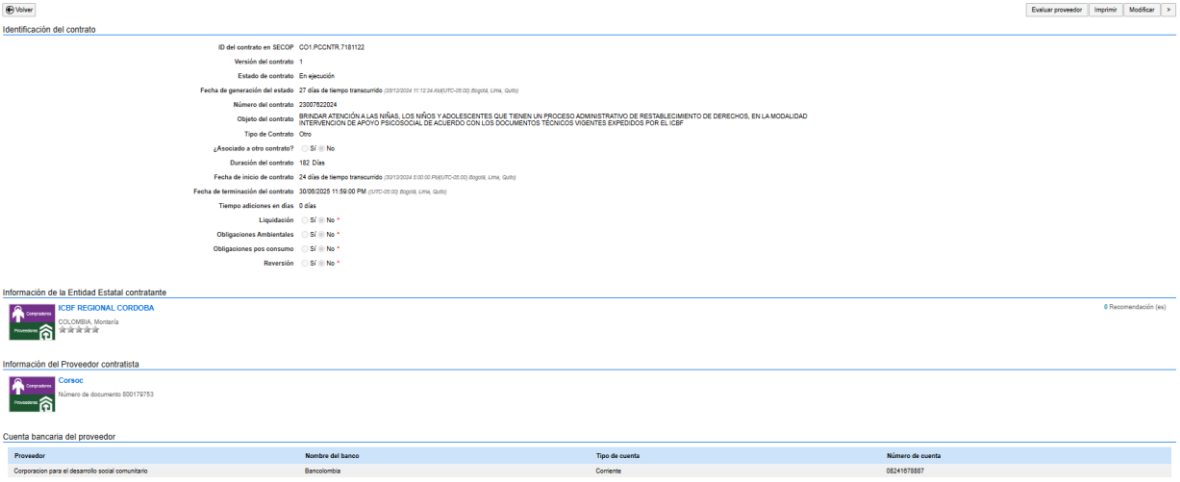
Por parte del **CONTRATISTA**

PEDRO ACOSTA FERNANDEZ
Representante Legal



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

# SECOP INFORMACION GENERAL
# CT 23007622024



Volver

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | >

Identificación del contrato

| | |
|---|---|
| ID del contrato en SECOP | CO1.PCCNTR.7181122 |
| Versión del contrato | 1 |
| Estado de contrato | En ejecución |
| Fecha de generación del estado | 27 días de tiempo transcurrido (20/12/2024 11:12:24 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) |
| Número del contrato | 23007622024 |
| Objeto del contrato | BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTES EXPEDIDOS POR EL ICBF |
| Tipo de Contrato | Otro |
| ¿Asociado a otro contrato? | Sí No |
| Duración del contrato | 182 Días |
| Fecha de inicio de contrato | 24 días de tiempo transcurrido (03/12/2024 5:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) |
| Fecha de terminación del contrato | 30/06/2025 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) |
| Tiempo adiciones en días | 0 días |
| Liquidación | Sí No * |
| Obligaciones Ambientales | Sí No * |
| Obligaciones pos consumo | Sí No * |
| Reversión | Sí No * |

Información de la Entidad Estatal contratante

ICBF REGIONAL CORDOBA

COLOMBIA, Montería

0 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

Corsoc

Número de documento 800179753

Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| Corporacion para el desarrollo social comunitario | Bancolombia | Corriente | 08241678887 |

**CLÁUSULAS CONTRACTUALES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO DE APORTE PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS – INTERVENCIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL**

**CLÁUSULA 1 – OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD CONTRATISTA –OPERADOR DEL SERVICIO**
**CLÁUSULA 2 – PLAZO DE EJECUCIÓN**
**CLÁUSULA 3 – VALOR DEL CONTRATO**
**CLÁUSULA 4 - FORMA DE DESEMBOLSO**
**CLAUSULA 5 – LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO**

**4.4 CELEBRACIÓN DE CONTRATOS DE APORTE DE FORMA DIRECTA**

**CLÁUSULA 1. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATISTA –OPERADOR DEL SERVICIO**

**1.1OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:**

**1)** Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en este contrato. **2)** Cumplir con el objeto del contrato y con todos los documentos técnicos, manuales operativos, guías, propuesta de implementación y cualificación y condiciones de calidad y demás documentos aplicables a la modalidad bajo su propia responsabilidad. **3)** Realizar durante la ejecución del contrato el seguimiento de los eventos que afecten la permanencia o atención de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo y dar aviso inmediato al supervisor sobre cualquier anomalía o dificultad que advierta en la ejecución, proponer alternativas de solución y realizar seguimiento para prevenir riesgos teniendo en cuenta la guía de orientaciones. **4)** Presentar información, y soportes que den repuesta a los requerimientos efectuados por los organismos de control relacionados con la ejecución del contrato. **5)** Disponer de los medios necesarios para el archivo, mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato. **6)** Atender durante la ejecución del contrato, los requerimientos, instrucciones, acompañamiento técnico, financiero y administrativo y demás recomendaciones que le imparta el ICBF, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.**7)** Entregar oportunamente al supervisor del contrato, los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos en la ejecución del contrato cuando así se requiera. **8)** Cumplir con las disposiciones establecidas en el capítulo "Buenas Prácticas en la Gestión Contractual" del Manual de Contratación del ICBF vigente. **9)** Dar a conocer ante la entidad y organismos competentes los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato. **10**) Abstenerse de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de alterar o manipular información para generar beneficio de la gestión de un proceso, y notificando a la supervisión y autoridades competentes cualquier hecho que se relacione con estas conductas.11) El contratista se comprometen a asumir un buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia, dejando constancia de su compromiso para brindar un trato respetuoso buscando generar ambientes de trabajo amables, cordiales y respetuosos que escapen a cualquier forma de discriminación y/o forma de violencia, tales como violencias basadas en género, actos de racismo o discriminación, y se



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

comprometen a cumplir a cabalidad con el protocolo de la entidad para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contras las mujeres y basadas en género y/o sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público. Lo anterior, en el marco de la Directiva Presidencial 001 de 2023 y las demás normas que la complementen. **12)** Constituir y cargar en SECOP las garantías requeridas dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato. **13)** Promover acciones para la participación de padres de familia y Red Vincular en el desarrollo de la modalidad. **14**) Reportar por escrito y de forma inmediata al supervisor cualquier novedad o anomalía en la ejecución del contrato. **15**) Cumplir con las demás que correspondan a la naturaleza del contrato.

**1.2. OBLIGACIONES DEL COMPONENTE TÉCNICO:**

**1)** Atender **50 cupos en la modalidad Intervención de apoyo psicosocial**, para la población: niñas, niños y adolescentes con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, de acuerdo con las solicitudes de cupo realizadas por la regional. **2)** Abrir para cada niño, niña o adolescente un anexo de historia de atención que cumpla con los criterios establecidos en los documentos vigentes del ICBF. **3)** Elaborar e implementar las estrategias, acciones o metodologías, acorde con el proceso de atención establecido en los documentos técnicos del ICBF y la Propuesta de Implementación y Cualificación-PIYC. **4)** Suministrar a cada niño, niña, adolescente, así como a la red vincular familiar participante y convocada a la atención, el refrigerio, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF. **5)** Apoyar las gestiones necesarias en conjunto con la red familia o vincular responsables para la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal según corresponda de acuerdo con sus características. **6)** Realizar acciones para que la familia o red vincular de apoyo se adhiera y participe en el proceso de atención de los beneficiarios acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF. **7)** Contar con mecanismos de control para asegurar que los medicamentos estén fuera del alcance de los niños, niñas o adolescentes y se suministren de acuerdo con lo indicado en la fórmula médica expedida por la EAPB, Además que no tengan acceso a objetos cortopunzantes, armas de fuego, sustancias psicoactivas y cualquier otro material que signifique un riesgo o con lo que se pueda atentar con la integridad personal o de los demás. Lo anterior, debe quedar contemplado en cada plan de acción en el marco de la política de prevención del daño antijurídico propuesto por cada operador. **8)** Cumplir con lo establecido en la Guía de orientaciones para la prevención y manejo de situaciones de riesgo de los niños, niñas y adolescentes en las modalidades y servicio de restablecimiento de derechos. **9)** Presentar soporte de entrega del plan de acción vigente en el marco de la Política de Prevención del Daño Antijurídico a la Dirección Regional así como las acciones y estrategias adelantadas para tal fin. **10)** Reportar mensualmente los eventos que se presenten en la institución de acuerdo con lo establecido en la Política de Prevención del Daño Antijurídico. **11)** Realizar la articulación permanente necesaria con el sistema nacional de bienestar familiar a fin de promover el cuidado parental y la garantía de derechos. **12)** Garantizar a los usuarios, los elementos de dotación de aseo e higiene y disponer del material lúdico deportivo, acorde con lo establecido en el Manual Operativo de las modalidades: **14)** Realizar acciones para la vinculación de los usuarios (as) en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, condición particular y características de desarrollo

**1.3. OBLIGACIONES COMPONENTE ADMINISTRATIVO:**

**1)** Disponer del talento humano en perfil y tiempo de dedicación exigido para el desarrollo de la modalidad, acorde con los documentos técnicos del ICBF y mantener actualizadas las carpetas del talento humano vinculado para la ejecución del contrato, las cuales deben incluir: hoja de vida, soportes de estudio, tarjeta profesional (cuando aplique), certificaciones de experiencia, código ético firmado, contrato debidamente firmado, certificados de antecedentes (Contraloría, Procuraduría, Policía), registro nacional de medidas correctivas (inicial y con actualización trimestral antecedentes profesionales (cuando aplique), soportes de pago de seguridad social y documentos de compromiso de confidencialidad y de protección de datos firmados. Lo anterior, puede ser físico o magnético. La contratación del talento humano que se requiera no podrá ser tercerizado. **2)** Presentar mensualmente certificado emitido por el representante legal y contador en el que haga constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, con la verificación trimestral del registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en las tablas de talento humano para la modalidad contemplado en el Manual operativo de modalidades y servicio para la atención de las niñas, los niños y los adolescentes con PARD. **3)** Cumplir y mantener durante toda la ejecución del contrato, adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, de acuerdo con lo establecido en los documentos vigentes.**4)** Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa competente y al supervisor del contrato, de acuerdo con los procesos y procedimientos y orientaciones establecidos por las Direcciones de Planeación, Protección y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo de investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad. Aplica para universidades, ONG, periodistas, estudiantes, docentes, cooperantes, contratistas del ICBF, funcionarios del ICBF y cualquier otra persona. **5)** Solicitar autorización previa y por escrito a la autoridad administrativa y al supervisor del contrato, para ubicar a los beneficiarios bajo su cuidado en otra sede. **6)** Contar con los medios tecnológicos y de comunicaciones necesarios para registrar y transmitir la información al ICBF. **7)** Realizar las confirmaciones de los ingresos y egresos de cada usuario (a), de acuerdo con las órdenes de los Defensores de Familia y Comisarios de Familia, en el Sistema de Información Misional del ICBF siempre y cuando el sistema se encuentre disponible y operando correctamente. **8)** Entregar de forma inmediata la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender las demandas y solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador. **9)** Realizar las gestiones de adquisición de elemento de dotación para la modalidad de atención según sea el caso, de acuerdo con los recursos destinados en el contrato para tal fin, cuando aplique **10)** Contar con un banco de hojas de vida y proceso de selección que le permita cubrir antes de 10 días hábiles alguna vacante del personal que opera el servicio cuando se presenta renuncia unilateral por parte del empleado. 11**)** Contar con un programa que propenda por la estabilidad del talento humano, con el fin de disminuir la rotación de personal en los servicios, lo que impacta negativamente la adherencia pedagógica de los usuarios

**1.4. OBLIGACIONES COMPONENTE LEGAL: 1)** Mantener la licencia de funcionamiento vigente para la modalidad objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución. **2)** Suscribir el acta de inicio del contrato. **3)** Suscribir todas las actas que se produzcan con ocasión de la ejecución del contrato. **4)** Cumplir con las obligaciones laborales que como empleador se puedan generar con relación al contrato suscrito: presentar mensualmente las certificaciones expedidas por el representante legal de la entidad o revisor fiscal, según corresponda, donde conste que la misma se encuentra a paz y salvo con sus empleados en cuanto a



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

sus obligaciones de carácter laboral, como: i) aportes parafiscales; ii) aportes con el Sistema de Seguridad Social Integral; iii) el pago de sueldos u honorarios en los tiempos establecidos para tal fin, según la vinculación laboral (no se admiten mora en los pagos); iv) el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores; v) el reconocimiento de viáticos, gastos de viaje, entre otros. 5)Entregar de manera oportuna la información solicitada por el ICBF referente a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios que sean atendidos en cualquier tiempo por el operador

**1.5. OBLIGACIONES COMPONENTE FINANCIERO: 1)** Presentar dentro del primer mes de ejecución del contrato el presupuesto de ingresos y gastos de acuerdo con los clasificadores de costo establecidos para la modalidad, para la revisión y aprobación por parte del Supervisor. **2)** Presentar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido los soportes correspondientes para la expedición del certificado de cumplimiento, acorde con la cláusula séptima. **3)** Presentar informe al finalizar el contrato, el cual contenga como mínimo: registro de cupos contratados y efectivamente atendidos mensualmente, logros y dificultades y aportes recibidos y su utilización. **4)** Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas – PUC- según la directriz que defina el ICBF, con sus soportes debidamente organizados que identifiquen la implementación de las NIIF y de la información actualizada.**5) CUMPLIMIENTO DE LA LEY 2046 DE 2020**. El contratista deberá cumplir con la Ley 2046 de 2020, invirtiendo al menos el 30% de los recursos ejecutados para la compra de alimentos, adquiriéndolos directamente a los pequeños productores agropecuarios locales, productores de la agricultura campesina, familiar o comunitaria locales, organizaciones de estos productores o a las industrias y emprendimientos agroalimentarios que procesen materias primas adquiridas directamente a estos productores locales. Estas compras deberán realizarse aplicando y cumpliendo con lo dispuesto en la guía "G5.ABS- Guía Orientadora para la Implementación de la Estrategia de Compras Locales" y deberán ser reportadas mensualmente al supervisor del contrato, haciendo uso de la última versión del formato "F1.G5.ABS- Formato seguimiento Compras Locales" o del medio que para tal efecto adopte el ICBF dentro del Sistema de Gestión de **6)** De conformidad con lo establecido en al artículo 2.2.1.2. 4..2.16 del Decreto 1860 de 2021, se deberá garantizar la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, esta provisión se establece en un porcentaje del cinco por ciento (5%) de los bienes y servicios requeridos para la ejecución del contrato **7)** Pagar oportunamente a los proveedores y presentar paz y salvo mensual o de acuerdo con su política de pago. . **8)**. Pagar contra entrega el, o los productos adquiridos a los pequeños productores y productores de la Agricultura Campesina, Familiar y Comunitaria, o de sus organizaciones. La forma de pago utilizada por el Contratista para realizar el pago de los productos a los pequeños productores y demás actores de la agricultura campesina, familiar y comunitaria, o de sus organizaciones, se deberá realizar por transferencia bancaria a cuentas de ahorros, cuentas corrientes o transferencias a través de billeteras digitales, depósitos de bajo monto o transferencias a cuentas de ahorros de trámite simplificado (CATS). Para pagos en efectivo de requiere autorización previa del supervisor. **9)** Facilitar de manera oportuna e integral, libros de registro, archivos, actas, informes, expedientes y demás información financiera que le

solicite el supervisor del contrato; esta información se debe suministrar completa en el lugar de ejecución del presente contrato y debe estar actualizada, de tal manera que permita verificar la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en los documentos y sus respectivos clasificadores de costo según aplique para la modalidad. **10)** Contar con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato, para realizar traslado de recursos en el informe de presupuesto, ingresos y gastos. **11)** Ejecutar durante la vigencia del contrato los recursos asignados. No se podrán realizar compras con cargo a los recursos del contrato para ejecutar fuera del plazo contractual. Se debe llevar un control que identifique la compra, entrega y saldos de los bienes adquiridos con recursos del contrato de aporte.**12)** Realizar en los tiempos acordados o establecidos para ello, el pago de las obligaciones adquiridas por parte del contratista, sin condicionar estos a la entrega de los recursos aportados por el ICBF del contrato de aporte.**13)** Llevar la contabilidad por centro de costos, de los recursos que le corresponde ejecutar del contrato, en la cual se identifique la fuente de recurso, de acuerdo con las normas y procedimientos legalmente establecidos y suministrar la información mensual, debidamente avalada por el contador, sobre la ejecución de los recursos requerida por el ICBF. **14)** Reintegrar los recursos aportados, no ejecutados, ejecutados de forma indebida o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegros, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón la ejecución del contrato. El contratista puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato. **PARÁGRAFO**: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato.**15)** Presentar la información contable al supervisor y llevar cuenta bancaria de ahorros exclusiva para el contrato y en el caso que aplique y sea notificado por el supervisor debe tener cuenta maestra para el manejo de los recursos destinados para el presente contrato de conformidad con lo establecido en la Resolución 1400 del 24 de febrero de 2020 modificada por las Resoluciones 8300 de 2021 y 3944 de 2022.

**1.6. OBLIGACIONES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN:**

**1.6.1. OBLIGACIONES DEL EJE DE CALIDAD: 1)** Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos y Políticas del Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. **2)** Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio. **3)** Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.**4)** Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto contractual.



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

**1.6.2. OBLIGACIONES EJE DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION**: **1)** Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato. **2)** Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato. **3)** Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este. **4)** Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato

**1.6.3. OBLIGACIONES DEL EJE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 1)** Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente. **2)** Presentar matriz con la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato. **3)** Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. **4)** Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.**5)** Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. **6)** Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.

**1.6.4. OBLIGACIONES EJE AMBIENTAL:** 1) Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad. 2) Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio. 3) Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente. 4) Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente. (aplica solo en caso de que se manejen combustibles en la unidad de servicio). 5) Adoptar las 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. 6)Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.7) Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente

**1.7. OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA (EN CASO DE QUE APLIQUEN): 1)** Suscribir acta de recibo y de entrega de los bienes muebles entregados por el ICBF al inicio y al final de la vigencia del presente contrato y adquiridos durante la ejecución del mismo con la respectiva relación de inventarios, bienes que quedaran bajo su custodia, serán su responsabilidad y deberán ser devueltos una vez se dé por terminado el contrato. Así mismo, se deberán



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

actualizar y reportar a la supervisión de contrato, con una periodicidad cuatrimestral las novedades presentadas en el inventario, siendo el supervisor responsable de garantizar el cumplimiento de las obligaciones. **2)** Informar de manera inmediata al supervisor, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con el traslado de las correspondientes facturas y demás soportes que apliquen. **3)** Si una vez se reciba la dotación por parte del contratista responsable de los bienes, en la verificación inicial encuentra inconsistencias, al confrontar la relación o acta de bienes que tiene a cargo contra el inventario físico realizado respecto de los bienes que le han sido suministrados para su servicio, comunicará por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo al servidor público encargado del control de inventarios -responsable de almacén- sobre las diferencias detectadas -faltantes y sobrantes- para que efectúe las verificaciones y correcciones si a ello hubiere lugar. **4)** Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado. **5)** Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF. **6)** Emplear la mayor diligencia en la conservación de los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato. **7)** Efectuar las reparaciones y mantenimientos indispensables para la conservación de bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato. **8)** Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho. **9)** Llevar la contabilidad de los bienes muebles por centro de costos, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico - y documentos administrativos vigentes que rijan para el programa, en los casos que aplique. **10)** Informar al supervisor del contrato la existencia de siniestros dentro de los cinco (5) días hábiles a su ocurrencia. **11)** Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación que sean adquiridos y entregados con recursos del ICBF, y entregarlo al supervisor del contrato para el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF. **12)** Restituir mediante acta a la persona natural o jurídica que determine el ICBF a la terminación del contrato, los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF, según inventario inicial, salvo que al terminar el contrato los bienes hayan cumplido su vida útil y no puedan ser utilizados para el servicio. En este caso, se procederá conforme con lo establecido en el anexo técnico respectivo-dado por el ICBF. **13)** Relacionar en acta, tanto al inicio como al final del contrato, los elementos propiedad del CONTRATISTA y puestos a disposición de las unidades de servicios, incluidos en el plan de trabajo. **14)** Garantizar en caso de traslado o cierre de las unidades de servicio, que los elementos de dotación propiedad del ICBF sean transferidos a la nueva unidad, mediante acta de entrega, en presencia del supervisor del contrato, representante legal del contratista y del almacenista de la Regional cuando aplique. **15)** Entregar al supervisor del contrato, la relación de actas de entrega a cada unidad de servicio, en la que se especifiquen los elementos entregados**,** la referencia, marca, serial, modelo-en los casos que aplique-, la cantidad y el estado en que se reciben. **PARÁGRAFO PRIMERO.** La EAS serán responsables en los siguientes eventos: a). Cuando el hecho hubiere sobrevenido por culpa suya, inclusive levísima; b. Cuando por peligro del bien prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y c. cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** La falta de reporte de los bienes muebles devolutivos adquiridos como dotación en el marco del contrato de aporte, o su no devolución a la finalización del contrato, harán incurrir al Contratista en responsabilidad contractual, disciplinaria, fiscal y penal. **16)** Baja de bienes muebles, se da cuando los elementos se encuentren totalmente inservibles o cuando existan bienes que contengan elementos o compuestos peligrosos, que si bien no generan problema durante su uso, pero se convierten en un peligro cuando se liberan al medio ambiente y que además presentan alto grado de deterioro, o que ya no son útiles para la entidad por estar en estado de inservibles, el supervisor de contrato

deberá solicitar el inventario -responsable de almacén y en articulación con el CONTRATISTA clasificará el listado de bienes según su estado en deterioro, obsolescencia, inservibles o reubicación, (sólo aplica para los bienes devolutivos) y mediante correo electrónico lo remitirá al responsable de almacén para que realice las gestiones correspondientes. Para los bienes clasificados como de CONSUMO se levantará un acta firmada por el supervisor y el CONTRATISTA o delegado, y desde la Unidad de Servicio se realizará la baja de bienes muebles, el CONTRATISTA deberá atender los preceptos constitucionales, legales, reglamentarios, así como las metas de la Política Ambiental del ICBF para prevenir, mitigar y compensar los impactos que causen o puedan causar daño al medio ambiente y/o a la salud humana; para el tratamiento de baja de los bienes , estos se deberán entregar a las empresas autorizadas por la autoridad ambiental competente, para que den destinación final según las normas ambientales existentes, con el fin de que se prevengan y reduzcan los impactos ambientales.

**1.8. OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL (EN CASO DE QUE APLIQUEN): 1.** Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes. **2**. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes beneficiarios para la Modalidad de atención, de conformidad con las directrices, documentos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF. **3**. Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional 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 conservación. **4**. Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes**. 5.** Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro. **6.** Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega. **7.**Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN. **8.**Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional. **9.** Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF.**10**. Atender oportunamente los requerimientos



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la Interventoría y/o el ICBF. **11.** Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional. **12.** Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría. **13.** Al finalizar el contrato, el contratista deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.

**CLÁUSULA 2. PLAZO DE EJECUCIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato se contará a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, hasta el 30 de Junio de 2025.

**CLÁUSULA 3. VALOR DEL CONTRATO**

El valor del presente contrato será hasta por la suma de **CIENTO SESENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($163.505.600)** que corresponde a:

**Vigencia 2024: UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS MCTE ($1.745.000)**

**Vigencia 2025: CIENTO SESENTA Y UN MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE ($161.760.600)**

Los recursos vigencia 2024 se encuentran respaldados mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal: CDP No. 97924 CDP No. 97924 y VF-CORD-09 para la vigencia 2025 expedido por el Grupo Financiero de Regional Córdoba. **PARÁGRAFO:** El ICBF realizará un aporte en especie para la atención de los usuarios, representado en el Alimento de Alto Valor Nutricional suministrado en los términos indicados en el presente contrato.

**CLÁUSULA 4. FORMA DE DESEMBOLSO**

**FORMA DE DESEMBOLSO:** El ICBF desembolsará los recursos aportados en el presente contrato de la siguiente forma: (i) **Un (1) desembolso** mes vencido por los días 30 y 31 de diciembre de 2024, previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA: 1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los adolescentes y jóvenes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de desembolso al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes de desembolso correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados, será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato; 7. Cuenta de cobro o factura (según aplique); 8. Suscripción y legalización del contrato de comodato con la respectiva acta de recibo del bien objeto de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando a ello haya lugar. (ii) Para la vigencia 2025, el ICBF realizará un giro de alistamiento dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero de 2025 equivalente al total de los cupos mensuales contratados. Para el giro del alistamiento del mes de enero el contratista deberá entregar los siguientes documentos: 1. Certificación Bancaria. 2. Aprobación de Garantía. 3. Acta de Inicio y 4. Los señalados en la Resolución 5360 de 2023, que resulten aplicables. **(iii) Cinco (5**) **desembolsos** mensuales vencidos para la vigencia 2025, los cuales se efectuarán una vez presentados los soportes por parte del CONTRATISTA y previa aprobación del supervisor del contrato y liquidación del desembolso mensual (según corresponda para la vigencia) generada a través del Sistema de Información Misional SIM (en las modalidades que aplique), una vez presentados los siguientes documentos por parte del CONTRATISTA:1. Informe digital sobre la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de cupos atendidos, ingresos, egresos y la caracterización de los niños, niñas y adolescentes atendidos (inclusión de afiliación al sistema general de salud, vinculación al sistema educativo), avances y dificultades en el desarrollo del proceso de atención; 2. Planilla de usuarios (as) atendidos; 3. Certificado de cupos contratados y efectivamente utilizados, emitido por el Representante Legal; 4. Informe de Ingresos y Gastos; 5. Certificado de cumplimiento de desembolso a proveedores emitido por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador; 6. Certificación emitida por el Representante Legal y el Revisor Fiscal o Contador sobre el cumplimiento de pago al talento humano, al Sistema de Seguridad Social y Aportes Parafiscales de acuerdo con la normatividad vigente y en los tiempos establecidos por Ley, aportando los soportes correspondientes; la información contenida en todos los soportes presentados será corroborada técnica, administrativa, financiera y contablemente por el supervisor del contrato. 7. Cuenta de cobro o factura (según aplique). 8. Suscripción y legalización del contrato de comodato con su respectiva acta de recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, cuando aplique. (iv) Último desembolso correspondiente al mes de junio para lo cual el supervisor deberá validar los cupos ejecutados durante el mes, en relación con los del alistamiento y establecer la diferencia para solicitar el reintegro correspondiente. **PARÁGRAFO PRIMERO:** De acuerdo con lo establecido en el literal d del numeral segundo del artículo 2 de la Resolución 3944 de 2022, “excepcionalmente y previa autorización escrita por parte del supervisor del contrato, se podrá autorizar que, por una única vez, el último desembolso realizado a la cuenta maestra del operador pueda ser girado a la cuenta auxiliar, para que de allí se traslade dicho recurso una cuenta bancaria del operador en la que maneje recursos propios” (Sólo aplica para los contratos que requieran cuenta maestra).



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

**PARÁGRAFO SEGUNDO**: Para el último desembolso en los casos en los que aplique, el contratista deberá presentar el certificado expedido por el supervisor del contrato donde conste la entrega de los bienes muebles devolutivos adquiridos con recursos del ICBF durante la ejecución del contrato, adjuntando copia de (los) comprobante (s) de ingreso al almacén del ICBF de dichos bienes y acta de devolución y recibo del bien objeto del contrato de comodato con la respectiva relación de inventarios, con el paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, valorización, etc.
**PARÁGRAFO TERCERO**: Para el informe de atención a usuarios (as), se utilizará el criterio del valor cupo/mes en relación con los conceptos de cupo utilizado y no utilizado. Para los días de ingreso y egreso de cada usuario (a) se reconocerá el valor correspondiente a medio día. **PARÁGRAFO CUARTO:** Los desembolsos se efectuarán dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento de cada mensualidad, una vez se cuente con disponibilidad del Plan Anual de Caja – PAC, previa certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor del contrato para el efecto. **PARÁGRAFO QUINTO:** El supervisor verificará la ejecución real de cupos en relación con aquellos contratados, y de encontrar que no se utilizó la totalidad de los cupos, se reconocerá
durante toda la ejecución del contrato el cien por ciento (100%) del costo fijo de los cupos contratados y no ejecutados. Cuando se autorice la adición de cupos, el ICBF deberá realizar un giro de alistamiento correspondiente a un mes del valor de los cupos adicionados. Así mismo, a partir del tercer mes, en caso de continuar las inejecuciones, el Supervisor deberá analizar si debe realizar la reducción de los cupos contratados **PARÁGRAFO SEXTO:** El CONTRATISTA no podrá en ningún mes del contrato ejecutar con recursos del ICBF (incluido el alistamiento) un mayor valor del que se va a reconocer en el mes por cupos atendidos y costo fijo, y asegurarse que estos no superen los contratados. El recurso asignado para el alistamiento no podrá ser utilizado en gastos cuyo lineamiento de programación establece que será por adición del contrato. El valor cupo mes cubre lo establecido en los documentos técnicos para la atención de las niñas, niños y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados y su respectivo clasificador de costo. El ICBF reconoce dentro del valor cupo mes, solamente lo establecido en los clasificadores de costo. En caso de que el CONTRATISTA haya cubierto la totalidad de los bienes y servicios mensuales mínimos requeridos y quede un saldo de los recursos del ICBF, el contratista podrá utilizar dicho saldo para proveer mayores cantidades de bienes o servicios de aquellos reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para la modalidad, siempre que cuente con la aprobación previa por parte del supervisor del contrato. De lo anterior, el CONTRATISTA debe dar cuenta en los respectivos soportes financieros. **PARÁGRAFO SÉPTIMO**: En el evento en que se presenten casos inherentes a la atención de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad establecida en este contrato, podrán ser cubiertos mediante adiciones (en los casos que aplique) al presente contrato previa autorización del supervisor. **PARÁGRAFO OCTAVO**: Los desembolsos se harán previo cumplimiento de las obligaciones contractuales y de conformidad con lo establecido en la Resolución N°5360 de 2023 o aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, por medio de la cual se actualizan, establecen y unifican los requisitos y documentos soporte para el desembolso de las obligaciones contraídas por el ICBF. **PARÁGRAFO NOVENO:** El cumplimiento de todas las obligaciones descritas en el presente contrato será indispensable para que se efectúe el desembolso por parte del ICBF.

**CLÁUSULA 5. LUGAR DE EJECUCIÓN**

El lugar de ejecución del contrato será en **el Municipio de Tierralta** y en concordancia con la licencia de funcionamiento.
Para efectos contractuales se entenderá como domicilio la sede del contratista donde se prestará el servicio.



Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

## Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHachamorr | ALEXANDRA CHAMORRO LOPEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-01-13-3:08 p. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

**Con base en el CDP No: 725 de fecha 2025-01-07. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 725 | **Fecha Registro:** | 2025-01-07 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 46-02-00-023 ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 161.760.600,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 161.760.600,00 | **Saldo x Obligar:** | 161.760.600,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 800179753 | **Razón Social:** | CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 09100005975 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 80927305 | **Nombre:** | DANIEL EDUARDO LOZANO BOCANEGRA | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL |

| CAJA MENOR | | | | VIÁTICOS | | | | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | 23007622024 | **Tipo:** | CONTRATO DE APORTE | **Fecha:** | 2024-12-28 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 122 MODALIDADES DE APOYO FAMILIAR Y COMUNITARIO | C-4602-1500-10-704040-4602014-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE PROTECCIÓN PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES - FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INDIVIDUALES, FAMILIARES E INSTITUCIONALES PARA PREVENIR Y ATENDER LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO, LA AMENAZA | Propios | 27 | CSF | | 161.760.600,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 161.760.600,00 | 0,00 | 161.760.600,00 | 161.760.600,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | CZ TIERRALTA - PACCO: 31626- BRINDAR ATENCIÓN A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, EN LA MODALIDAD INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL DE ACUERDO CON LOS DOCUMENTOS TÉCNICOS VIGENTE |

| PLAN DE PAGOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | | FECHA | VALOR A PAGAR | SALDO POR OBLIGAR | LINEA DE PAGO |
| 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2025-01-30 | 26.960.100,00 | 26.960.100,00 | NINGUNO |
| 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2025-02-28 | 26.960.100,00 | 26.960.100,00 | NINGUNO |
| 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2025-03-28 | 26.960.100,00 | 26.960.100,00 | NINGUNO |
| 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2025-04-30 | 26.960.100,00 | 26.960.100,00 | NINGUNO |
| 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2025-05-30 | 26.960.100,00 | 26.960.100,00 | NINGUNO |
| 46-02-00-023 | ICBF DIRECCIÓN REGIONAL CÓRDOBA | 9-1 | INVERSION PROPIOS CSF | 2025-06-27 | 26.960.100,00 | 26.960.100,00 | NINGUNO |

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