



NELLY CORTEZ ARIZA

Yo, _____, en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR o INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del 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. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA

FUNDACION RAIZ SOCIAL

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN

NIT

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

900126347-7

TIPO DE DOCUMENTO FUENTE

CONTRATO

NÚMERO DOCUMENTO FUENTE

13005392022

FECHA SUSCRIPCIÓN

14122022

PLAZO DE EJECUCIÓN

DESDE

14122022

HASTA

30122023

RÉGIMEN TRIBUTARIO

NO REPOSNSABLE DEL IMPUESTO

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:

Vigencia

PAGO No:

7

DE

7

VALOR A PAGAR

\$ 179.768.836,00

EN LETRAS

CIENTO SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS /MLC/E

PERÍODO DE PAGO

DESDE

1NOV2023

HASTA

30DIC2023

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN

20NOV2023

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	13023	21	C-4102-1500-18-0-4102002-02	162 SERVICIO DE EDUCACION COMUNITARIO A LA PRIMERA INFANCIA	A-02-02-02-009-002-01	\$ 179.768.836,00
					SUBTOTAL	\$ 179.768.836,00

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:

DAVIENIDA

NÚMERO DE CUENTA

57700137920

TIPO DE CUENTA

AHORRO

3. OBSERVACIONES

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR

\$

EN LETRAS

AMORTIZACIÓN ANTICIPO

\$

CUOTA NÚMERO

DE

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO

VALOR

\$ 179.768.836,00

GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA

VALOR

GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA

VALOR

TOTAL PAGO CORRIENTE

VALOR

\$ 179.768.836,00

TOTAL A PAGAR (A+B)

VALOR:

\$ 179.768.836,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
NELLY CORTEZ ARIZA	COORDINADORA	BOLIVAR	CZ INDUSTRIAL	
		DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA

FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA
ANNIS LUZ MONTERROSA RIOS	TEC ADMINISTRATIVO	BOLIVAR	CVZ INDUSTRIAL	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
DANIELA ESPINOSA	ENLACE FINANCIERO A.T		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURÍAS

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

Documento de Cobro N.º 041

Fecha: Noviembre 14 de 2023

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
(ICBF)**

NIT. 899.999.239-2

DEBE A

FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.

NIT. 900.126.347-7

La suma de: \$ 179.768.836.00 (Ciento setenta y nueve millones setecientos sesenta y ocho mil ochocientos treinta y seis Pesos M/cte.).

Por concepto de:

Septimo desembolso correspondiente a la operación de los meses de noviembre y diciembre de 2023 según contrato de aportes 13005392022 para atención de los niños y niñas pertenecientes a la modalidad HCB TRADICIONAL Y FAMI del centro zonal INDUSTRIAL Y DE LA BAHIA

Atentamente.

Soraya Romero B.

Soraya Romero Bayuelo
Representante Legal
C.C 30.771.818



FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S.

Amor por el Servicio

NIT. 900.126.347-7

Cartagena 14 de noviembre del 2023

Señores

ICBF – Regional Bolívar

Ciudad

Respetados señores:

El Revisor Fiscal, hace saber que LA FUNDACIÓN RAIZ SOCIAL F.R.S. con NIT 900126347-7 luego de examinar los estados financieros de la empresa de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia certifico que esta Entidad ha cumplido y se encuentra al día **durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación**, con los pagos de sus obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, correspondiente a todos sus empleados vinculados por contrato laboral.

Así mismo, certifico que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y ARL hasta la fecha de presentación de esta certificación.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007

Atentamente,

HUMBERTO LIÑAN SOLANO

Revisor Fiscal

LEY 789/2002

ARTÍCULO 50. Control a la evasión de los recursos parafiscales. La celebración, renovación o liquidación por parte de un particular, de contratos de cualquier naturaleza con Entidades del sector público, requerirá para el efecto, del cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar. Las Entidades públicas en el momento de liquidar los contratos deberán verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.



FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S.

Amor por el Servicio

NIT. 900.126.347-7

En el evento en que no se hubieran realizado totalmente los aportes correspondientes, la Entidad pública deberá retener las sumas adeudadas al sistema en el momento de la liquidación y efectuará el giro directo de dichos recursos a los correspondientes sistemas con prioridad a los regímenes de salud y pensiones, conforme lo define el reglamento.

Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante un lapso equivalente al que exija el respectivo régimen de contratación para que se hubiera constituido la sociedad, el cual en todo caso no será inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución.

Para la presentación de ofertas por parte de personas jurídicas será indispensable acreditar el requisito señalado anteriormente. El funcionario que no deje constancia de la verificación del cumplimiento de este requisito incurrirá en causal de mala conducta.

Para poder ejercer el derecho de movilidad de Administradora de Riesgos Profesionales o Caja de Compensación, el empleador se debe encontrar al día con los sistemas de salud y pensiones.

PARÁGRAFO 1°. Las autoridades de impuestos deberán disponer lo pertinente a efectos de que dentro de la declaración de renta que deba ser presentada, a partir del año 2003 se establezca un renglón que discrimine los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes al SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación.

PARÁGRAFO 2°. Modificado por el art. 1, Ley 828 de 2003 , Derogado por el art. 32, Ley 1150 de 2007. Será causal de terminación unilateral de los contratos que celebren las Entidades públicas con personas jurídicas particulares, cuando se compruebe la evasión en el pago total o parcial de aportes por parte del contratista durante la ejecución del contrato frente a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

Se podrá enervar la causal, mediante el pago de los recursos dejados de cubrir, incrementados con los correspondientes intereses de mora dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación.

PARÁGRAFO 3°. Modificado por el art. 9, Ley 828 de 2003 Para realizar inscripción, modificación, actualización o renovación, las Cámaras de Comercio deberán exigir prueba del cumplimiento de las obligaciones en forma oportuna y completa con el Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales y cuando sea del caso los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.401.875

LIÑAN SOLANO
APELLIDOS

HUMBERTO
NOMBRES

Humberto Linan S.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1988
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

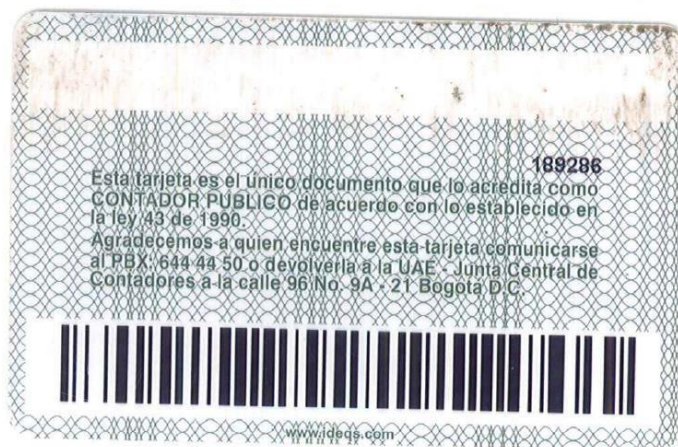
25-OCT-2006 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



P-0500100-32154831-M-1047401875-20061218 0270406349M 02 220628571

Valido Para certificacion de Parafiscal



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

08B A 42E55F190010

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 **HUMBERTO LIÑAN SOLANO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1047401875 de CARTAGENA (BOLIVAR) Y Tarjeta Profesional No 188576-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 1 días del mes de Septiembre de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

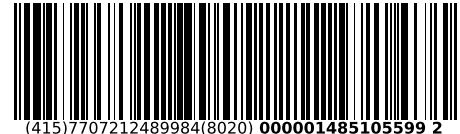
ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

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

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14851055992



(415)7707212489984(8020) 000001485105599 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 2 6 3 4 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

1

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bolívar

1 3

40. Ciudad/Municipio

Cartagena

0 0 1

41. Dirección principal

BRR CENTRO CR 8 A 32 12 P 5 AP 501 ED FERNANDO DIAZ

42. Correo electrónico

fundes314@hotmail.com

43. Código postal

0

44. Teléfono 1

3 2 1 4 4 4 1 5 1 8

45. Teléfono 2

3 1 4 8 3 3 5 2 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

9 4 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 9, 0 6

Actividad secundaria

48. Código

7 0 2 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 3, 0 2, 2 8

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

55 - Informante de Beneficiarios Finales

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 08 - 19 / 00 : 50: 52

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

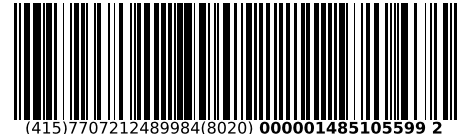
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14851055992



(415)7707212489984(8020) 000001485105599 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 2 6 3 4 7 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

1 6

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros

70. Beneficio

2

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 1

0 1

72. Número

0 0 0 0 0

73. Fecha

2 0 0 6 0 9 0 6

2 0 1 9 0 6 1 9

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

0 3

76. Fecha de registro

2 0 0 6 1 2 2 8

2 0 1 9 0 6 2 5

77. No. Matrícula mercantil

0 9 2 2 5 2 0 9 2 2

0 9 2 2 5 2 0 9 2 2

78. Departamento

1 3

1 3

79. Ciudad/Municipio

9

9

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 8 0 8 1 6		-
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

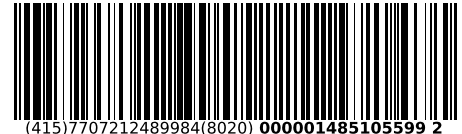
172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14851055992



(415)7707212489984(8020) 000001485105599 2

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

Representación

98. Representación REPRS LEGAL PRIN	1 8	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 0 6 0 9 0 6
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3	101. Número de identificación 3 0 7 7 1 8 1 8	102. DV 103. Número de tarjeta profesional 0
104. Primer apellido ROMERO	105. Segundo apellido BAYUELO	106. Primer nombre SORAYA
107. Otros nombres MARIA	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV 110. Razón social representante legal

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

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

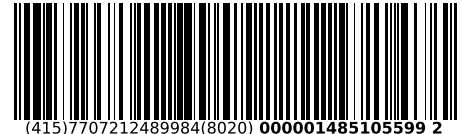
98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento	101. Número de identificación
102. DV 103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido	105. Segundo apellido
106. Primer nombre	107. Otros nombres
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV 110. Razón social representante legal

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

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14851055992



(415)7707212489984(8020) 000001485105599 2

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

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

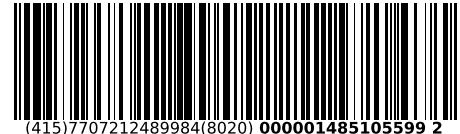
1	111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 1 1 4 3 3 3 9 4 4 8	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido ROMERO	116. Segundo apellido ACUÑA	117. Primer nombre HENRY	118. Otros nombres ALEXANDER	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 8 2 6	123. Fecha de retiro	
2	111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 3 0 7 7 1 8 1 7	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido ROMERO	116. Segundo apellido BAYUELO	117. Primer nombre MIOZOTIS	118. Otros nombres	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 7 0 5 0 8	123. Fecha de retiro	
3	111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 4 5 5 5 5 9 0 1	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido DE ORO	116. Segundo apellido ROMERO	117. Primer nombre ELISA	118. Otros nombres GREYS	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 7 0 5 0 8	123. Fecha de retiro	
4	111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana 1 3	112. Número de identificación 1 0 0 2 2 4 4 7 6 9	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido MIRANDA	116. Segundo apellido DE ORO	117. Primer nombre JESUS	118. Otros nombres RICARDO	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 2 0 0 8 2 6	123. Fecha de retiro	
5	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14851055992



(415)7707212489984(8020) 000001485105599 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 0 1 2 6 3 4 7

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Cartagena

14. Buzón electrónico

6

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 4 7 4 0 1 8 7 5	1	1 8 8 5 7 6 T
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
	LIÑAN	SOLANO	HUMBERTO	
Revisor fiscal suplente	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento			
	2 0 1 2 0 3 2 2			
Contador	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 3 0 7 3 1 8 5		7 5 4 6 3 T
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	DIAZ	PUPO	DANIEL	
Contador	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
	2 0 0 6 1 2 2 8			
Contador	148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
	152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
Contador	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
Contador	159. Fecha de nombramiento			



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

CARTAGENA

2022/12/09

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la empresa FUNDACION RAIZ SOCIAL FRS
con Nit número 9001263477

de CARTAGENA DE INDIAS-BOLIVAR
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 057700137920

Fecha Apertura 2022/06/14

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA



Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06



FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S.

Amor por el Servicio

NIT. 900.126.347-7

Cartagena de Indias, 14 de noviembre del 2023

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

CARTAGENA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Yo, HUMBERTON LIÑAN SOLANO, identificado con C.C. 1.047.401.875 de la Ciudad de Cartagena, en mi calidad de Revisor Fiscal del Operador del Servicio FUNDACIÓN RAIZ SOCIAL identificado con NIT. 900.126.347-7, manifiesto bajo gravedad de juramento que el Operador del Servicio, se encuentra a PAZ Y SALVO con todos sus Proveedores de Bienes y Servicios, del 1 al 5 de septiembre de 2023, con los que maneja una periodicidad de pago a 60 días.

Atentamente,

HUMBERTO LIÑAN SOLANO

CC. 1.047.401.875

TP. 188576-T

Revisor Fiscal

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4402998811

PÓLIZA No: 440-47-994000027104 ANEXO: 1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARTAGENA**

COD. AGENCIA: **440** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **MODIFICACION**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA **30** MES **08** AÑO **2023**
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA **30** MES **08** AÑO **2023**
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **990.126.347-7**

DIRECCIÓN: **BARRIO CENTRO CRA 8A N°32-12 AP 501**

CIUDAD: **CARTAGENA, BOLIVAR**

TELÉFONO: **6056643435**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

BENEFICIARIO: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

DESCRIPCION AMPAROS
CONTRATO

VIGENCIA DESDE VIGENCIA HASTA SUMA ASEGURADA

CUMPLIMIENTO	14/12/2022	30/04/2024	170,163,084.20
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	14/12/2022	31/10/2026	170,163,084.20
CALIDAD DEL SERVICIO	14/12/2022	30/04/2024	170,163,084.20

BENEFICIARIOS

NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 13005392022, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A MODIFICACION AL CONTRATO DE APOORTE NO. 13005392022, DONDE SE ADICIONAN \$51.380.744 QUEDANDO VALOR TOTAL CONTRATO \$850.815.421

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****30,828,446.40	VALOR PRIMA: \$ *****204,650	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****38,884	TOTAL A PAGAR: \$ *****243,534
---	--	--	-------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO HLB SEGUROS LTDA	CLAVE 7412	%PART 100.00	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
---	----------------------	------------------------	----------------------------------	-------	-----------------

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX)

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000440299881

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD207B0F0AFC7B57

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4402998902

PÓLIZA No: 440 -74 - 994000008490 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CARTAGENA				COD. AGE: 440				RAMO: 74				PAP:			
DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
30	08	2023		30	08	2023	23:59	31	10	2023	23:59	62	30	08	
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				FECHA DE IMPRESIÓN			
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL												TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION				VIGENCIA DEL ANEXO				DIA MES AÑO HORAS				DIA MES AÑO HORAS				DIA MES AÑO HORAS			
								30 08 2023 23:59				31 10 2023 23:59				62 30 08 2023 23:59			
				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS							

DATOS DEL TOMADOR											
NOMBRE: FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.											
DIRECCIÓN: BARRIO CENTRO CRA 8A N°32-12 AP 501											
CIUDAD: CARTAGENA, BOLIVAR											
IDENTIFICACIÓN: NIT 900.126.347-7											
TELÉFONO: 6056643435											

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO											
ASEGURADO: FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.											
DIRECCIÓN: BARRIO CENTRO CRA 8A N°32-12 AP 501											
CIUDAD: CARTAGENA, BOLIVAR											
IDENTIFICACIÓN: NIT 900.126.347-7											
TELÉFONO: 6056643435											
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS											
IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8											

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS											
ASEGURADO: FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.											
NIT : 900126347											
ITEM: 1											
DEPARTAMENTO: BOLIVAR											
CIUDAD: CARTAGENA											
DIRECCION: INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR											
ACTIVIDAD: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS											
TIPO EDIFICIO: NO APLICA PARA ESTE RAMO											
TIPO DE RIESGO: SERVICIOS											
MANZANA:											
DESCRIPCION AMPAROS SUMA ASEGURADA % INVAR SUBLIMITE											
CONTRATO \$ 232,000,000.00											
PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES 232,000,000.00											
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS 46,400,000.00											
PRODUCTOS TRABAJADOS Y OPERACIONES TERMINADAS 46,400,000.00											
RCE PATRONAL 46,400,000.00											
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS 46,400,000.00											
RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA 46,400,000.00											
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/PRODUCTOS TRABAJADOS Y OPERACIONES TERMINADAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA											
MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A MODIFICACION AL CONTRATO DE APORTENO. 13005392022, DONDE SE ADICIONAN \$51.380.744 QUEDANDO VALOR TOTAL CONTRATO \$850.815.421 SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO AL SMLV AÑO 2023.											
ASEGURADOS ADICIONALES											
NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR, .											
BENEFICIARIOS											
NIT 900126347 - FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.											
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS											

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ****32,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****18,481	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****3,511	TOTAL A PAGAR: \$ *****21,993
---	---------------------------------------	---	------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
HLB SEGUROS LTDA	7412	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

		
FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000440299890	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADC207B0F0AFC7856

CLIENTE



ACAUSILPATRI 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 458 7174

Fax: (601) 458 7174 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:

<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARTAGENA**

COD. AGENCIA: **440**

RAMO: **74**

No PÓLIZA: **994000008490** ANEXO: **1**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

ASEGURADO: **FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO ITEM 1

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESATCION DE SERVICIOS #13005392022..REFERENTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS

CLIENTE

DATOS DE LA PÓLIZA

PAGINA: 3

IDENTIFICACION: **900.126.347-7**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.	900126347-7	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENES	CARTAGENA	32,000,000.00	18,481	21,993
					PRIMA TOTAL SIN IVA		PRIMA TOTAL CON IVA
					18,481		21,993

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4402998811

PÓLIZA No: 440-47-994000027104 ANEXO: 2

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARTAGENA**

COD. AGENCIA: **440** RAMO: **47**

TIPO DE MOVIMIENTO: **PRORROGA**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DIA MES AÑO
01 11 2023
FECHA DE EXPEDICIÓN

DIA MES AÑO
01 11 2023
FECHA DE IMPRESIÓN

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **990.126.347-7**

DIRECCIÓN: **EDIF FERNANDO DIAZ OF 501**

CIUDAD: **CARTAGENA, BOLIVAR**

TELÉFONO: **6056643435**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR**

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

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

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO			
CUMPLIMIENTO	14/12/2022	30/06/2024	206,835,926.80
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	14/12/2022	30/12/2026	206,835,926.80
CALIDAD DEL SERVICIO	14/12/2022	30/06/2024	206,835,926.80

BENEFICIARIOS
NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR, .

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

*****OBJETO DE LA GARANTIA*****

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. 13005392022, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A JUSTIFICACION MODIFICACION AL CONTRATO 13005392022, DONDE SE ADICIONAN \$183.364.213 Y SE PRORROGA PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO HASTA 30 DICIEMBRE DE 2023.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES PERMANECEN IGUAL Y SIN MODIFICAR.

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***620,507,780.40	VALOR PRIMA: \$ *****306,004	GASTOS EXPEDICION: \$*****0.00	IVA: \$ *****58,141	TOTAL A PAGAR: \$ *****364,145
---	--	--	-------------------------------	--

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
HLB SEGUROS LTDA	7412	100.00			

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN [HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX](https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/politica-de-privacidad.aspx)

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS - TU RESPALDO - SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS - CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000440299881

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CAD207B0F09FF7B57

CLIENTE

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARTAGENA**

COD. AGENCIA: 440

RAMO: 47

No PÓLIZA: **994000027104** ANEXO: **2**

ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

ASEGURADO: . INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

BENEFICIARIO: . INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR

IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.239-2**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A JUSTIFICACION MNMODIFICACION AL CONTRATO 13005392022, DONDE SE ADICIONAN \$183.364.213 QUEDANDO VALOR TOTAL CONTRATO \$1.034.179.634 Y SE PRORROGA PLAZO DE EJECUCION HASTA 30 DICIEMBRE DE 2023.

CLIENTE

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4402998902

PÓLIZA No: 440 -74 - 994000008490

ANEXO:2

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARTAGENA**

COD. AGE: **440**

RAMO: **74**

PAP:

DIA MES AÑO
01 11 2023

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DIA MES AÑO HORAS
31 10 2023 23:59

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
30 12 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DIA MES AÑO
01 11 2023

FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO **PRORROGA**

VIGENCIA DEL ANEXO

DIA MES AÑO HORAS
31 10 2023 23:59

VIGENCIA DESDE

A LAS

DIA MES AÑO HORAS
30 12 2023 23:59

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

DIRECCIÓN: **EDIF FERNANDO DIAZ OF 501**

CIUDAD: **CARTAGENA, BOLIVAR**

TELÉFONO: **6056643435**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

DIRECCIÓN: **EDIF FERNANDO DIAZ OF 501**

CIUDAD: **CARTAGENA, BOLIVAR**

TELÉFONO: **6056643435**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ASEGURADO: **FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.**

NIT : **900126347**

ITEM: **1** DEPARTAMENTO: **BOLIVAR**

CIUDAD: **CARTAGENA**

DIRECCION: **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR**

ACTIVIDAD: **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

TIPO EDIFICIO: **NO APLICA PARA ESTE RAMO** TIPO DE RIESGO: **SERVICIOS**

MANZANA:

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
CONTRATO		\$ 232,000,000.00		
	PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	232,000,000.00		
	CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	46,400,000.00		
	PRODUCTOS TRABAJADOS Y OPERACIONES TERMINADAS	46,400,000.00		
	RCE PATRONAL	46,400,000.00		
	VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	46,400,000.00		
	RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	46,400,000.00		

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMLV en PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES/CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS/PRODUCTOS TRABAJADOS Y OPERACIONES TERMINADAS/RCE PATRONAL/VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS/RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A JUSTIFICACION MODIFICACIONALCONTRATO 13005392022, DONDE SE ADICIONAN \$183.364.213 Y SE PRORROGA PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO HASTA 30 DICIEMBRE DE 2023.

ASEGURADOS ADICIONALES

NIT 899999239 - INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - REGIONAL BOLIVAR, .

BENEFICIARIOS
NIT 900126347 - FUNDACION RAZ SOCIAL F.R.S.
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ ***232,000,000.00	VALOR PRIMA: \$ *****129,666	GASTOS EXPEDICION: \$ *****0.00	IVA: \$ *****24,636	TOTAL A PAGAR: \$ *****154,302
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
HLB SEGUROS LTDA	7412	100.00		

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR



(415)7701861000019(8020)00000000007000440299890

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

ACAUSILPATRI 0

CADC207B0F09FF785D

CLIENTE

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARTAGENA COD. AGENCIA: 440 RAMO: 74 No PÓLIZA: 994000008490 ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:	FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.126.347-7
ASEGURADO:	FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.	IDENTIFICACIÓN:	NIT	900.126.347-7
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN:	NIT	001-8

TEXTO ITEM 1

MEDIANTE LA PRESENTE PÓLIZA SE AMPARAN LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE UNA DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA EN VIRTUD DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESATCION DE SERVICIOS #13005392022..REFERENTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONÍA CON LA POLÍTICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE.

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: CARTAGENA

COD. AGENCIA: 440

RAMO: 74

No PÓLIZA: **994000008490** ANEXO: **2**

ANEXO: 2

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

ASEGURADO: **FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.**

IDENTIFICACIÓN: NIT **900.126.347-7**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE MODIFICAN AMPAROS DE LA POLIZA DE ACUERDO A JUSTIFICACION MODIFICACIONALCONTRATO 13005392022, DONDE SE ADICIONAN \$183.364.213 Y SE PRORROGA PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO HASTA30DICIEMBRE DE 2023.

CLIENTE

DATOS DE LA PÓLIZA

PAGINA: 4

IDENTIFICACION: **900.126.347-7**

ASEGURADOS

ITEM	ASEGURADO	C.C. ó NIT	UBICACION DEL PREDIO	CIUDAD	VALOR ASEGURADO	PRIMA SIN IVA	PRIMA CON IVA
1	FUNDACION RAIZ SOCIAL F.R.S.	900126347-7	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENES	CARTAGENA	232,000,000.00	129,666	154,302
					PRIMA TOTAL SIN IVA		PRIMA TOTAL CON IVA
					129,666		154,302