**Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**
Cecilia De la Fuente de Lleras
**DIRECCION REGIONAL AMAZONAS**
**Grupo de Asistencia Tecnica ( Amazonas)**
**PUBLICA**

BIENESTAR FAMILIAR

**MEMORANDO**

Radicado No: 20263010000009883

**Para:** RAUL FERNANDO ARCHURY ROMERO
Coordinador Grupo de Gestión de Apoyo

**Asunto:** SOLICITUD TRAMITE DESEMBOLSO CUARTO PAGO CONTRATO DE APORTE No. 91002102025 NUTRICION

**Fecha:** 24 de abril de 2026

Respetado Coordinador,

Por medio del presente cordialmente solicito dar trámite a la legalización del primer pago del contrato de aporte 91002102025 por concepto de ejecución del 1 al 31 de Marzo 2026, como se describe a continuación:

| NOMBRE CONTRATISTA | NIT / CC | Contrato |
|---|---|---|
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS -CAFAMAZ | 800.003.122-6 | 91002102025 |

Detalles documentos entregados:

| MEMORANDO | NUMERO FOLIO |
|---|---|
| a) Certificación pagos contratos prestación de servicios y programas diferentes a honorarios y viáticos, expedida por el supervisor con suscripción de reserva presupuestal. | 1 |
| b) Documento de cobro. | 2 |
| c) Certificación suscrita por el revisor fiscal, la cual consta que el contratista se encuentra al día en el pago de seguridad social y aportes parafiscales. Con copia de la cedula de ciudadanía y tarjeta profesional suscrita por el revisor fiscal. | 3 |
| d) Copia del Registro Único Tributario (RUT) vigente. | 6 |
| e) Certificación paz y salvo proveedores, talento humano y Rete fuente Formato 350 y 490 | 9 |
| f) Soporte de consignación de rendimiento financieros | 4 |

| | |
|---|---|
| g) Correo institucional de autorización del supervisor del Contrato al área financiera Regional | 1 |
| h) Formato informe supervisión contrato o convenio | 3 |
| i) Captura de pantalla donde se evidencie que fueron cargados los documentos para el trámite de pago con el informe de supervisión en la plataforma SECOP II | 1 |

Se hace entrega de veinticuatro (30) folios en originales y veinticuatro (30) folios en copia.

Cordialmente,

**MARTHA LUCIA MORENO CASTAÑO**
Profesional Universitario – G10 Supervisora
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Anexo: (60) Folios

| ITEM | NOMBRE-CARGO | FIRMAS | FECHA |
|---|---|---|---|
| Aprobó y revisó | Martha Lucia Moreno – P.U. grado 10 | | 24/04/2026 |
| Proyectó | Martha Lucia Moreno – P.U. grado 10 | | 24/04/2026 |
| **Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma** | | | |

Yo, **MARTHA LUCIA MORENO CASTAÑO**

en mi calidad de SUPERVISOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el 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 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACION | Nit | No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 800.003.122-6 | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO FUENTE | CONTRATO | NÚMERO DOCUMENTO FUENTE | 91002102025 | FECHA SUSCRIPCIÓN | 30 (día) | diciembre (mes) | 2025 (año) |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | DESDE 31 (día) diciembre (mes) 2025 (año) | HASTA | 31 (día) mayo (mes) 2026 (año) | RÉGIMEN TRIBUTARIO | NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO | | |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN | 24 (día) abril (mes) 2026 (año) | | | | | | |

**2. DATOS DEL PAGO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PAGO CON CARGO A: | Vigencia | PAGO No. | 4 | DE | 6 |
| VALOR A PAGAR | $ 271.123.280,00 | EN LETRAS | DOSCIENTOS SETENTA Y UN MILLONES CIENTO VEINTITRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE | | |
| PERIODO DE PAGO | DESDE 1 (día) marzo (mes) 2026 (año) | HASTA | 31 (día) marzo (mes) 2026 (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 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICION DESDE EL SECTOR INCLUSION SOCIAL CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCION EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICION PARA LA POBLACION COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL | 726 | 27 | C-4602-1500-5-302058-4102016-02 | 101- ATENCION Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN | 02-02-02-009-003-05 | $ 271.123.280,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**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: | BBVA | NÚMERO DE CUENTA | 506006773 | TIPO DE CUENTA | AHORROS |

**3. OBSERVACIONES**

SE REALIZA PAGO ACORDE A LOS SOPORTES PRESENTADOS POR EL OPERADOR, AUNQUE SE SOLICITA SEGUNDA SUBSANACION DADO A QUE ALGUNOS SOPORTES DE TRANSPORTE CORRESPONDIENTE A GASTOS OPERACIONALES, TIENEN FACTURAS ELECTRONICAS QUE NO ESTAN DISCRIMINADAS CON FECHAS, LUGARES DE DESPLAZAMIENTO Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR, PAPELERIA Y MATERIAL PARA FORTALECIMIENTO VIGILANCIA BASADA EN COMUNIDAD. PARA NO AFECTAR EL INDICADOR REGIONAL DEL PAC, SE GENERA DESEMBOLSO CON LOS SOPORTES QUE DAN CUENTA DE LA EJECUCION DE SERVICION Y TEMAS TECNICOS IDENTIFICADOS QUE NO SE CUMPLEN. PERO QUEDA A VERIFICACION DE SUBSANACION, REVISION Y QUE DE CUENTA A SATISFACCION DE LOS RUBROS EJECUTADOS ACORDE A LO REALIZADO EN TERRITORIO Y UNA VEZ SE DETERMINE SU CUMPLIMIENTO O NO, SE PROCEDERA EN EL SIGUIENTE DESEMBOLSO A REALIZAR LAS DEDUCCIONES QUE HAYAN A LUGAR DE LOS PAGOS YA EFECTUADOS EN ESTE PAGO Y CRUZAR LO YA PAGADO CON LO NO SUBSANADO. ESTO PARA TRANSPARENCIA Y CUSTODIA DEL RECURSO SUPERVISADO.

**4. ANTICIPOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR A PAGAR | $ - | A | EN LETRAS | | |
| AMORTIZACIÓN ANTICIPO | $ - | | CUOTA NUMERO | | DE |

**5. APLICACIÓN DEL PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO CORRIENTE** | | | |
| GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | VALOR | | |
| GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA | VALOR | $ | 271.123.280,00 |
| GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA | VALOR | | |
| **TOTAL PAGO CORRIENTE** | VALOR | $ | 271.123.280,00 B |
| **TOTAL A PAGAR (A+B)** | VALOR: | $ | 271.123.280,00 |

| SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **CARGO** | **DIRECCIÓN REGIONAL / SDG** | **ÁREA O C.Z.** | **FIRMA** |
| MARTHA LUCIA MORENO CASTAÑO | SUPERVISOR | AMAZONAS | GRUPO INTERNO DE TRABAJO GESTION MISIONAL | |
| **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** |
| LAURA RAMOS | APOYO A SUPERVISION | AMAZONAS | GRUPO INTERNO DE TRABAJO GESTION MISIONAL | FERNANDA RAMOS |

| RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | **ÁREA** | **FIRMA** | **FECHA (dd/mm/aaaa)** |
| LAURA FERNANDA RAMOS CASTRO | GRUPO INTERNO DE TRABAJO GESTION MISIONAL | GRUPO INTERNO DE TRABAJO GESTION MISIONAL | 24/04/2026 |

| 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** |
| | | | |

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

**Leticia, 24 Abril de 2026**

**CUENTA DE COBRO**

**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
**CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS**
**N.I.T. 899.999.239–2**

**DEBE A:**
**LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS -CAFAMAZ**
**Nit No. 800.003.122-6**

POR CONCEPTO DE: Tercer desembolso según programación del Contrato de Aporte 91002102025. del 30 de diciembre de 2025 a la cláusula relacionada con la forma de pago, según objeto contractual "Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas y los niños menores de cinco años con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, así como la prevención del bajo peso al nacer, mediante la promoción de la nutrición, la salud y el fortalecimiento familiar y comunitario, en articulación con el sistema nacional de bienestar familiar y enmarcados en el derecho humano en la alimentación, a través de la implementación del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición"

Se expide el 24 abril de 2026, con destino Al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia De La Fuente Lleras.

**VALOR: *$ 271.821.581 (DOSCIENTOS SETENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS*** **M/CTE.)**

**Atentamente,**

**MILDRE LETICIA PEREZ MORENO**
**Directora Administrativa**

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

## DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

**(Ley 1231/08, Art.617 ET y Art.3 dec.522 de 2003)**

**Ciudad y Fecha: 24 d**e ABRIL de 2026
Datos del Vendedor o de quien presta el servicio Razón Social /Nombre y Apellido
**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS – CAFAMAZ**
**Dirección y ciudad: Carrera 11 No 6-80**
Datos del Comprador o contratante Razón Social /Nombre y Apellido
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Dirección y Ciudad: Carrera 4 N°4-10 barrio Gaitán NIT O C.C. 900.937.582
Código Actividad: 8511 NIT:899.999.239-2 Teléfono: 5926399

| Cant. | Descripción | Valor unitario | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Tercer desembolso según programación del Contrato de Aporte No 91002102025. del 30 de diciembre de 2025 a la cláusula relacionada con la forma de pago, según objeto contractual "Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas y los niños menores de cinco años con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, así como la prevención del bajo peso al nacer, mediante la promoción de la nutrición, la salud y el fortalecimiento familiar y comunitario, en articulación con el sistema nacional de bienestar familiar y enmarcados en el derecho humano en la alimentación, a través de la implementación del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición" | ***$ 271.821.581*** | ***$ 271.821.581*** |
| | **Total** | | ***$ 271.821.581*** |
| ***(DOSCIENTOS SETENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS* M/CTE.)** | | | |

**"CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS-CAFAMAZ" Nit No. 800.003.122-6**

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PERSONAL CONTRATADO POR CAFAMAZ PARA EL SERVICIO DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EMITIDO POR EL REVISOR FISCAL

VIGILADO SuperSubsidio

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

LA SUSCRITA REVISORA FISCAL
DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS – CAFAMAZ

C E R T I F I C A:

Que la **Caja de Compensación Familiar del Amazonas – CAFAMAZ**, identificada con NIT 800.003.122-6, con domicilio en la **Carrera 11 No. 6-80** de la ciudad de **Leticia, Amazonas**, y representada legalmente por el señor **MILDRE LETICIA PEREZ MORENO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.094.894.067** de Barranquilla, en relación con los **contratistas vinculados al programa**:

*"Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, y la prevención del bajo peso al nacer, mediante la promoción de la nutrición, la salud y el fortalecimiento familiar y comunitario, en articulación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y enmarcados en el derecho humano a la alimentación, a través de la implementación del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición"*,

ejecutado en el marco del **Contrato No. 91002102025, dio cumplimiento oportuno** a las obligaciones de **verificación de afiliación y pago** al **Sistema General de Seguridad Social Integral**, en los subsistemas de **Salud, Pensiones y Riesgos Laborales (ARL)**, conforme a lo establecido en el **artículo 50 de la Ley 789 de 2002**, correspondientes al **periodo del mes de marzo de 2026**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los (9) días del mes de abril de dos mil veintiséis (2026), en la ciudad de Leticia, Amazonas.

MARGARITA FRANCO VERGARA
Revisora Fiscal
TP. No. 67658-T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

67658-T



MARGARITA
FRANCO VERGARA
C.C. 66068159
RESOLUCION INSCRIPCION 122 FECHA 21/10/59
UNIVERSIDAD DEL VALLE

CAFAMAZ

024555

CAFAMAZ

66.888.159

FRANCO VERGARA

MARGARITA





13-JUL-1973

CAICEDONIA
(VALLE)

1.57 O+ F

27-JUL-1991 CAICEDONIA

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-10100-00211462-F-0066888159-20100129 0020433749A 1

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# COPIA ACTUALIZADA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO (RUT)

VIGILADO SuperSubsidio

104

# DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

### 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
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| CAFAMAZ | CAFAMAZ |

### UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Amazonas 9 1 | Leticia 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 11 6 80

42. Correo electrónico direccion@cafamaz.com

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

### CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | Actividad secundaria | Otras actividades | | | |
| 46. Código / 47. Fecha inicio actividad | 48. Código / 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 4 3 0 / 1 9 8 7 0 1 2 0 | 8 5 3 0 / 1 9 8 7 0 1 2 0 | 9 3 2 9 | | | 1 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 6 7 1 4 1 6 4 2 5 2 5 5

06- Ingresos y patrimonio.
07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico
- Informante de Beneficiarios Finales

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código | 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 PEREZ MORENO MILDRE LETICIA
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 13-02-2026 07:55:44AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

## 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 8 | |
| 72. Número | 0 0 1 6 | |
| 73. Fecha | 1 9 8 7 0 1 2 0 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 0 9 | |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | 9 1 | |
| 79. Ciudad/Municipio | 0 0 1 | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 1 9 8 7 0 1 2 0 | |
| 81. Hasta | 3 0 0 0 1 2 3 1 | |

## Composición del Capital

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

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Subsidio Familiar — 6

## Estado y Beneficio

| Ítem | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 8 0 | 2 0 1 7 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**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: **141218092483**

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 0 6 0 6 2 1 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadani 1 3 | 1 0 9 4 8 9 4 0 6 7 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEREZ | MORENO | MILDRE | LETICIA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 3 1 2 2 | 6 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS |

**2**

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

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 1 2 9 5 4 0 1 8 3 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NARVAEZ | VASQUEZ | IVAN | DAVID |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 3 1 2 2 | 6 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

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

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 4 0 1 7 7 3 8 3 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PELAEZ | ARAUJO | BENILDA | |

119. Razón social

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

**2**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHAVES | ALFARO | ELBERTO | ALEXANDER |

119. Razón social

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

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 4 0 1 7 7 6 1 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | LOZANO | OTILIA | |

119. Razón social

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

**4**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 1 5 5 8 0 2 8 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ERASSO | VILLOTA | MARIA | CRISTINA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | 2 0 2 4 0 3 2 8 |

**5**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SEVILLANO | CUERO | MERCEDES | |

119. Razón social

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

106

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Página 5 de 10 Hoja 4

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

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

**1**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 6 5 6 5 4 7 1 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FERREIRA | ARAUJO | LUIS | |

119. Razón social

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

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 7 3 4 9 8 3 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASTRO | REY | JAVIER | FERNANDO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | 2 0 2 4 1 0 1 0 |

**3**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CADAVID | SILVA | MONICA | ANDREA |

119. Razón social

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

**4**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARIAS | CARDENAS | SANDRA | VIVIANA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | 2 0 2 4 0 2 2 2 |

**5**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PRIETO | ARBELAEZ | ADRIANA | MILENA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | 2 0 2 4 0 2 2 2 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

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

| | 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad | 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres | 119. Razón social | 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Cédula de Ciudada 1 3 | 1 5 8 8 8 5 8 2 | | COLOMBIA 1 6 9 | NIÑO | LOZADA | LUIS | EDUARDO | | | | 2 0 2 3 1 0 1 1 | 2 0 2 4 1 0 1 0 |
| 2 | Cédula de Ciudada 1 3 | 3 9 5 6 7 2 5 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | SANTOS | GOMEZ | PATRICIA | ELENA | | | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | |
| 3 | Cédula de Ciudada 1 3 | 4 1 0 5 5 6 6 9 | | COLOMBIA 1 6 9 | CORDOBA | FERREIRA | EGLENYS | | | | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | 2 0 2 4 0 2 2 2 |
| 4 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 4 5 7 1 5 7 5 2 | | COLOMBIA 1 6 9 | ARISTIZABAL | VALBUENA | CHRIS | NATHALIE | | | | 2 0 2 2 0 8 1 8 | |
| 5 | Cédula de Ciudadan 1 3 | 1 5 8 8 9 3 1 1 | | COLOMBIA 1 6 9 | NAVARRO | BELALCAZAR | RODOLFO | | | | | 2 0 2 3 1 0 1 1 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: **141218092483**

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

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

**1**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FERIZ | MONTES | PEDRO | EMILIO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 1 0 1 0 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 2 0 7 6 8 6 1 5 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEREZ | SANCHEZ | LADY | STEPHANIA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 1 0 1 0 | |

**3**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 1 2 0 5 0 1 0 2 3 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FIERRO | SORZA | SANDRA | PATRICIA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 1 0 1 0 | |

**4**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FRANCO | ORCHEGUI | YENNY | ANDREA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123, Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 1 0 1 0 | |

**5**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NEIRA | ZAPATA | ANA | MILENA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 1 0 1 0 | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

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

**1**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ACUÑA | MARIN | JONES | ALDEMAR |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 1 0 1 0 | |

**2**

| 111. Tipo de documento | 112. Número de identificación | 113. DV | 114. Nacionalidad |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudada 1 3 | 1 0 8 5 2 5 9 6 8 2 | | COLOMBIA 1 6 9 |

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HURTADO | SALAZAR | ANDREA | TATIANA |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 9 1 0 | 2 0 2 5 0 9 1 7 |

**3**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ACHO | MARTINEZ | MARVIN | KATHERINE |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 9 1 0 | 2 0 2 5 0 9 1 7 |

**4**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DURAN | PEÑARANDA | ANGEL | USLEY |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 9 1 0 | |

**5**

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

| 115. Primer apellido | 116. Segundo apellido | 117. Primer nombre | 118. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CALDERON | CARVAJAL | JOSE | LEONARDO |

119. Razón social

| 120. Valor capital del socio | 121. % Participación | 122. Fecha de ingreso | 123. Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | 2 0 2 4 0 9 1 0 | 2 0 2 5 0 9 1 7 |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Revisor Fiscal y Contador

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

**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 | 6 6 8 8 8 1 5 9 | | 6 7 6 5 8 T |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FRANCO | VERGARA | MARGARITA | |

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

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 1 0 2 1 9 |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

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

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CABRERA | GUSTIN | LEIDY | KARINA |

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

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 2 0 5 2 3 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141218092483

(415)7707212489984(8020) 000014121809248 3

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

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

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Oficina 0 8 | Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria 8 4 3 0 |

162. Nombre del establecimiento: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Amazonas 9 1 | Leticia 0 0 1 |

165. Dirección: CR 11 6 80

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |

| 168. Teléfono | 169. Fecha de cierre |
|---|---|
| 3 1 1 2 9 4 2 3 0 1 | |

**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

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# CERTIFICADO PAZ Y SALVO PAGO A PROVEEDORES

VIGILADO SuperSubsidio

Sede Administrativa Cr 11 No. 6-80/ Leticia Amazonas
Turismo Social: 3213621269 Agencia de Empleo 3209494151
Centro Recreación Km 2 Vía Leticia – Tarapacá: 313 8907235 - 3102722617
Atención al Cliente: 311 2942301
Web: www.cafamaz.com - @cafamaz.Amazonas

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

**Leticia, 08 de abril de 2026**

## CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Yo, **MILDRE LETICIA PEREZ MORENO** Identificado con Cedula de Ciudadanía N° 1.094.894.067 en calidad de REPRESENTANTE LEGAL de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ Identificada con NIT 800.003.122-6, bajo gravedad de juramento manifiesto que se encuentra a paz y salvo por todo concepto con todos sus proveedores de Bienes y Servicios, de acuerdo con las Políticas internas de la entidad administradora de servicio hasta la fecha del contrato de aportes 91002102025.

Se expide a solicitud del interesado al 08 de abril de 2026, con destino al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia De La Fuente de Lleras.

Atentamente,

**MILDRE LETICIA PEREZ MORENO**
**Directora Administrativa**
**CAFAMAZ**

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# CERTIFICADO DE PAGO DE HONORÁRIOS EMITIDOS POR LA REVISORA FISCAL

VIGILADO SuperSubsidio

Sede Administrativa Cr 11 No. 6-80/ Leticia Amazonas
Turismo Social: 3213621269 Agencia de Empleo 3209494151
Centro Recreación Km 2 Vía Leticia – Tarapacá: 313 8907235 - 3102722617
Atención al Cliente: 311 2942301
Web: www.cafamaz.com - @cafamaz.Amazonas

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

LA SUSCRITA REVISORA FISCAL
DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS – CAFAMAZ

C E R T I F I C A:

Que la Caja de Compensación Familiar del Amazonas – CAFAMAZ, identificada con NIT 800.003.122-6, con domicilio en la Carrera 11 No. 6-80 de la ciudad de Leticia, Amazonas, y representada legalmente por el señor MILDRE LETICIA PEREZ MORENO, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.094.894.067 de Barranquilla, en relación con los contratistas vinculados al programa:

*"Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, y la prevención del bajo peso al nacer, mediante la promoción de la nutrición, la salud y el fortalecimiento familiar y comunitario, en articulación con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar y enmarcados en el derecho humano a la alimentación, a través de la implementación del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición"*,

ejecutado en el marco del Contrato No. 91002102025, dio cumplimiento oportuno a las obligaciones de verificación de afiliación y pago al Sistema General de Seguridad Social Integral, en los subsistemas de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales (ARL), conforme a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, correspondientes al periodo del mes de marzo de 2026.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los (9) días del mes de abril de dos mil veintiséis (2026), en la ciudad de Leticia, Amazonas.

MARGARITA FRANCO VERGARA
Revisora Fiscal
TP. No. 67658-T

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

**Leticia, 08 de abril de 2026**

**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO**

Yo, **MILDRE LETICIA PEREZ MORENO** Identificado con Cedula de Ciudadanía N°1.094.894.067 en calidad de REPRESENTANTE LEGAL de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ Identificada con NIT 800.003.122-6, bajo gravedad de juramento manifiesto que se presenta el informe de ejecución el cual corresponde a todas las operaciones y transacciones en marco de la ejecución del contrato 91002102025, que los precios de los bienes y servicios se ajustan a lo presupuestado para el período y corresponde a los ofrecidos en el mercado actual, así mismo la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ *cumple con la presentación y pago de los Impuestos a cargo de acuerdo a las fechas establecidas,* para encontrarse a PAZ Y SALVO hasta la fecha por todo concepto con La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, y demás impuestos de Orden Departamental y Municipal.

Se expide a solicitud del interesado el 08 de abril de 2026, con destino al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia De La Fuente de Lleras.

Atentamente,

**MILDRE LETICIA PEREZ MORENO**
**Directora Administrativa**
**CAFAMAZ**

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# PAGO RETENCIONES (FORMATO 350).

VIGILADO SuperSubsidio

Sede Administrativa Cr 11 No. 6-80/ Leticia Amazonas
Turismo Social: 3213621269 Agencia de Empleo 3209494151
Centro Recreación Km 2 Vía Leticia – Tarapacá: 313 8907235 - 3102722617
Atención al Cliente: 311 2942301
Web: www.cafamaz.com - @cafamaz.Amazonas

# PSE

## PSE BBVANET-CASH

**CONFIRMACION DE SOLICITUD**

| | |
|---|---|
| Empresa: | DIAN - PSE |
| N° Confirmación: | 43119 |
| Fecha: | 2026/03/10 |
| N° cuenta a debitar: | 0013-0506-00-0200059815 |
| Valor: | 15,801,000.00 |
| Referencia: | 06-800003122 |

**SU PAGO HA SIDO REALIZADO SATISFACTORIAMENTE**

Imprimir

Pulse el botón "Continuar" para cerrar esta sesión y continuar con el proceso de pago.

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# CERTIFICADO PAZ Y SALVO DE PAGOS DE IMPUESTOS

VIGILADO SuperSubsidio

Sede Administrativa Cr 11 No. 6-80/ Leticia Amazonas
Turismo Social: 3213621269 Agencia de Empleo 3209494151
Centro Recreación Km 2 Vía Leticia – Tarapacá: 313 8907235 - 3102722617
Atención al Cliente: 311 2942301
Web: www.cafamaz.com - @cafamaz.Amazonas

100

DIAN

# Declaración retenciones en la fuente

PRIVADA

**350**

1. Año: 2026 | 3. Período: 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 3510671951223

(415)7707212489984(8020) 000351067195122 3

**Datos del declarante**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 0 0 0 0 3 1 2 2 | 6 | | | | |

11. Razón social: CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS

12. Cód. Dirección seccional: 3 8

**Si es una corrección indique:** 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Autorretenedores Personas Jurídicas exonerados de aportes (Art. 114-1 E.T.). Actividad económica principal | 28. Tarifa

| Concepto | | A personas jurídicas: Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta | | A personas jurídicas: Retenciones a título de renta | | A personas naturales: Base sujeta a retención para pagos o abonos en cuenta | | A personas naturales: Retenciones a título de renta | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Rentas de trabajo | | | | | | 77 | 16,224,000 | 93 | 1,284,000 |
| Rentas de pensiones | | | | | | 78 | 0 | 94 | 0 |
| Honorarios | | 29 | 0 | 42 | 0 | 79 | 7,386,000 | 95 | 739,000 |
| Comisiones | | 30 | 0 | 43 | 0 | 80 | 0 | 96 | 0 |
| Servicios | | 31 | 43,380,000 | 44 | 1,261,000 | 81 | 40,591,000 | 97 | 1,527,000 |
| Rendimientos financieros e intereses | | 32 | 0 | 45 | 0 | 82 | 0 | 98 | 0 |
| Arrendamientos (Muebles e inmuebles) | | 33 | 7,500,000 | 46 | 263,000 | 83 | 0 | 99 | 0 |
| Regalías y explotación de la propiedad intelectual | | 34 | 0 | 47 | 0 | 84 | 0 | 100 | 0 |
| Dividendos y participaciones | | 35 | 0 | 48 | 0 | 85 | 0 | 101 | 0 |
| Compras | | 36 | 157,518,000 | 49 | 3,938,000 | 86 | 281,504,000 | 102 | 6,789,000 |
| Transacciones con tarjetas débito y crédito | | 37 | 0 | 50 | 0 | 87 | 0 | 103 | 0 |
| Contratos de construcción | | 38 | 0 | 51 | 0 | 88 | 0 | 104 | 0 |
| Enajenación de activos fijos de per. naturales ante notarios y autoridades de tránsito | | | | | | 89 | 0 | 105 | 0 |
| Loterías, rifas, apuestas y similares | | 39 | 0 | 52 | 0 | 90 | 0 | 106 | 0 |
| Hidrocarburos, carbón y demás productos mineros | | 40 | 0 | 53 | 0 | 91 | 0 | 107 | 0 |
| Otros pagos sujetos a retención | | 41 | 0 | 54 | 0 | 92 | 0 | 108 | 0 |
| Pagos al exterior | Pagos o abonos en cuenta al exterior a países sin convenio | 55 | 0 | 57 | 0 | 109 | 0 | 111 | 0 |
| | Pagos o abonos en cuenta al exterior a países con convenio vigente | 56 | 0 | 58 | 0 | 110 | 0 | 112 | 0 |
| Autorretenciones | Contribuyentes exonerados de aportes (art. 114-1 E.T.) | 59 | 0 | 68 | 0 | | | | |
| | Ventas | 60 | 0 | 69 | 0 | 113 | 0 | 121 | 0 |
| | Honorarios | 61 | 0 | 70 | 0 | 114 | 0 | 122 | 0 |
| | Comisiones | 62 | 0 | 71 | 0 | 115 | 0 | 123 | 0 |
| | Servicios | 63 | 0 | 72 | 0 | 116 | 0 | 124 | 0 |
| | Rendimientos financieros | 64 | 0 | 73 | 0 | 117 | 0 | 125 | 0 |
| | Pagos men. provisionales de car vol (hidrocarburos y demás prod mineros) | 65 | 0 | 74 | 0 | 118 | 0 | 126 | 0 |
| | Exportación de hidrocarburos, carbón y demás productos mineros | 66 | 0 | 75 | 0 | 119 | 0 | 127 | 0 |
| | Otros conceptos | 67 | 0 | 76 | 0 | 120 | 0 | 128 | 0 |
| Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas | | | | | | | | 129 | 0 |
| **Total retenciones renta y complementario** | | | | | | | | 130 | 15,801,000 |

**Retenciones practicadas por otros impuestos**

| | | | |
|---|---|---|---|
| A título de IVA | A responsables del impuesto sobre las ventas | 131 | 0 |
| | Practicadas por servicios a no residentes o no domiciliados | 132 | 0 |
| | Menos retenciones practicadas en exceso o indebidas o por operaciones anuladas, rescindidas o resueltas | 133 | 0 |
| | **Total retenciones IVA** | 134 | 0 |
| Retenciones impuesto timbre nacional | | 135 | 0 |
| Total | **Total retenciones** | 136 | 15,801,000 |
| | Sanciones | 137 | 0 |
| | **Total retenciones más sanciones** | 138 | 15,801,000 |

139. No. Identificación signatario | 140. DV

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Código Contador o Revisor Fiscal

Firma Contador o Revisor Fiscal | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espac... de ... ello

(Fech...

DIAN

2026-03-10 / 02:24:43 PM

Fecha Acuse de Recibo

202 ... :43

Firmado

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

91900430372237

202637998412 92

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# RENDIMIENTOS FINANCIEROS

VIGILADO SuperSubsidio

Sede Administrativa Cr 11 No. 6-80/ Leticia Amazonas
Turismo Social: 3213621269 Agencia de Empleo 3209494151
Centro Recreación Km 2 Vía Leticia – Tarapacá: 313 8907235 - 3102722617
Atención al Cliente: 311 2942301
Web: www.cafamaz.com - @cafamaz.Amazonas

BBVA
Net Cash

# Informe Detallado del Fichero

08/Apr/26 09:15:10

## Información del fichero

| | | | |
|---|---|---|---|
| Referencia: | PAP 08042026 | Tipo de Orden: | PAP |
| Archivo: | DEV INTERESES GENE | Clave: | PROVEEDOR |
| Fecha de proceso: | 08/04/2026 | N. Identificación: | 0000008000031226 |
| Tipo Identificación: | 03 - NIT Persona Jurídica | Nombre: | CAFAMAZ |
| Cuenta a debitar: | AH - 00130506000200006773 | Importe Total: | 7.542,00 |
| Referencia: | PAP 08042026 | Ordenes: | 1 |
| Abono desde efectivo: | No | | |

| BENEFICIARIO | IMPORTE (COP) | FORMA DE PAGO |
|---|---|---|
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FA | 7.542,00 | 1 Abono/cargo cuenta |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | 03 - NIT Persona Jurídica | N. identificación: | 0000008999992392 |
| Nombre: | INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FA | E-mail: | |
| Dirección 1: | LETICIA | Dirección 2: | |
| Banco: | 7 - BANCOLOMBIA | Tipo de Cuenta | 01-Cuenta Corriente |
| Cuenta o Tarjeta: | 03179986273 | Código Oficina Pagadora: | N/A |
| Fecha Limite de Vencimiento: | N/A | Celular | N/A |
| Concepto 1: | DEV INTERESES GENE | Concepto 2: | |

92

CAFAMAZ
Caja de Compensación
Familiar del Amazonas

# EXTRACTO MES DE MARZO

VIGILADO SuperSubsidio

Sede Administrativa Cr 11 No. 6-80/ Leticia Amazonas
Turismo Social: 3213621269 Agencia de Empleo 3209494151
Centro Recreación Km 2 Vía Leticia – Tarapacá: 313 8907235 - 3102722617
Atención al Cliente: 311 2942301
Web: www.cafamaz.com - @cafamaz.Amazonas

CAJA COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS .

CRA 11 # 6-80 CAFAMAZ .
LETICIA AMAZONAS- COLOMBIA

14683 3469 Oficina: 0506

BBVA
Creando Oportunidades

# Extracto de Cuenta

CUENTA DE AHORROS EMPRESARIAL

**Desde el 13 de abril de 2026, las transferencias interbancarias mediante ACH tendrán un costo de $8.350 + IVA.**
**Las que hagas por Bre-B seguirán siendo gratis**

## Información de la oficina

LETICIA
DIRECCIÓN: CLL 7 10 12
TELÉFONO: 00985927690

PERÍODO DESDE: 01-03-2026 HASTA: 31-03-2026

## Información de la cuenta

| | |
|---|---|
| **Número de cuenta** | 001305060200006773 |
| **Fecha de corte** | 31-03-2026 |
| **Pagos de intereses desde** | 0.00 |
| **Saldo promedio mensual** | 60,372,201.58 |

## Resumen de movimientos

| Resumen de movimientos | No. | Valor | No. | Valor |
|---|---|---|---|---|
| SALDO CIERRE MES ANTERIOR | | 0.00 | - IVA | 0.00 |
| + ABONOS | 2 | 155,185,306.00 | - 4 POR MIL | 0.00 |
| + INTERESES RECIBIDOS | 1 | 7,542.00 | - RETENCIONES | 0.00 |
| - CARGOS | 9 | 140,279,781.00 | SALDO FINAL | 14,913,067.00 |

## Detalles de transacciones

| Movimiento | Fecha operación | Fecha valor | Concepto | Cargos | Abonos | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 06-03-2026 | 06-03-2026 | ABONO DOMI. INSTITUTO COLOMBIANO DE | | 82,248,670.00 | 82,248,670.00 |
| 3 | 09-03-2026 | 09-03-2026 | ABONO DOMI. INSTITUTO COLOMBIANO DE | | 72,936,636.00 | 155,185,306.00 |
| 4 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 4,307,238.00 | | 150,878,068.00 |
| 5 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 1,607,040.00 | | 149,271,028.00 |
| 6 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 1,068,419.00 | | 148,202,609.00 |
| 7 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 11,610,926.00 | | 136,591,683.00 |
| 8 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 9,730,125.00 | | 126,861,558.00 |
| 9 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 32,078,700.00 | | 94,782,858.00 |
| 10 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 6,000.00 | | 94,776,858.00 |
| 11 | 17-03-2026 | 17-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 7,875.00 | | 94,768,983.00 |
| 12 | 19-03-2026 | 19-03-2026 | CARGO DOMI. 800003122 | 79,863,458.00 | | 14,905,525.00 |
| | 31-03-2026 | 31-03-2026 | ABONO POR INTERESES DE CUENTA | | 7,542.00 | 14,913,067.00 |

- En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Habeas Data 1266 de 2008, nos permitimos comunicarte que los datos contenidos en los extractos, que incluyen el monto de la obligación, sus cuotas y fecha de exigibilidad, podrán ser reportados a las Centrales de Información Financiera. Si aparecen cuotas vencidas, pasados veinte (20) días contados a partir del envío de estos datos en los extractos, se generará el reporte negativo sobre incumplimiento ante las Centrales de Información Financiera por el término Legal.
- Tenemos en cuenta tus pagos desde el momento en que los efectúas, pero si los realizas después de la fecha de corte, se reflejan en el próximo estado de cuenta. Puedes consultar el valor de la próxima cuota a pagar, en nuestras oficinas o en la Línea BBVA.
- Si realizas tu pago con cheque, debes girarlo a nombre de BBVA Colombia, NIT 860.003.020-1, colocando al respaldo el número de tu obligación y tus datos personales.
- Puedes consultar los extractos generados, utilizando BBVA móvil, BBVA net, BBVA net cash; por tanto, si no los recibes en email o físico, no estás exirnido de efectuar el pago en la fecha prevista.
- Para informarte sobre tus créditos, vencimientos, ofertas de nuevos productos y servicios, es importante que mantengas actualizada en BBVA tu dirección electrónica y física, los números telefónicos de contacto, así como la documentación que BBVA requiera.
- Tus pagos oportunos, se constituyen en excelentes referencias crediticias, financieras y/o comerciales, y te evitan costos adicionales por honorarios de cobranza e intereses de mora, que se descontarán de los pagos que efectúes, según el siguiente orden: gastos (incluye los ocasionados por la cobranza prejudicial, extrajudicial y/o judicial), intereses de mora, intereses corrientes y capitales. Los intereses de mora, serán liquidados a la tasa que se encuentre vigente en cada uno de los periodos en que se presente mora.
- Para mayor información sobre la política de cobranza de BBVA, puedes ingresar a www.bbva.com.co, en la sección Información de Interés.
- Contamos con Defensoría del Consumidor Financiero, cuyo Defensor Principal es el Doctor Guillermo Enrique Dajud Fernández, ubicado en la Carrera 9 No. 72 – 21 piso 6 en Bogotá D.C., teléfono:3438386 y email: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co. El horario de atención telefónica: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., jornada continua.
- Para mayor información sobre el Servicio al Consumidor Financiero de BBVA, atención preferencial al cliente y otras instancias de atención, puedes ingresar a www.bbva.com.co, en la sección Información Corporativa.
- No olvides tener en cuenta las recomendaciones de seguridad para los diferentes canales de atención de BBVA, puedes consultarlas en www.bbva.com.co, en la sección Seguridad.
- Puedes resolver inquietudes adicionales en las Oficinas BBVA o ingresar a www.bbva.com.co o en la Línea BBVA: Bogotá: (1) 4010000, Barranquilla: (5) 3503500, Medellín: (4) 4938300, Cali: (2) 8892020, Bucaramanga: (7) 6304000 o desde el resto del país al 018000912227.
- Comunica cualquier inconformidad con la información incluida en este extracto, a nuestros Revisores Fiscales Ernst & Young, email: revisoriafiscalgrupoBBVA@co.ey.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Fogafín — Producto protegido por el Seguro de Depósitos

**Este producto cuenta con Seguro de Depósitos Fogafín. El campo retenciones contiene la sumatoria del total de retenciones practicadas por el Banco por todo concepto.**

**Martha Lucia Moreno Castano**

| | |
|---|---|
| **De:** | Martha Lucia Moreno Castano |
| **Enviado el:** | viernes, 24 de abril de 2026 2:34 p. m. |
| **Para:** | Raul Fernando Archury Romero |
| **CC:** | Laura Liliana Galvis Sanza; Luz Mila Guevara Bento |
| **Asunto:** | AUTROIZACION CUARTO DESEMBOLSO CONTRATO 91002102025 |
| **Importancia:** | Alta |

**Seguimiento:**

| Destinatario | Entrega |
|---|---|
| Raul Fernando Archury Romero | Entregado: 24/04/2026 2:34 p. m. |
| Laura Liliana Galvis Sanza | Entregado: 24/04/2026 2:34 p. m. |
| Luz Mila Guevara Bento | Entregado: 24/04/2026 2:34 p. m. |

Buenas tardes respetado Coordinador

Por medio del presente y en atención a la documentación requerida en el área financiera para las legalizaciones de cuentas de los contratos de aporte, como supervisora del contrato 91002102025 emito autorización para desembolso del cuarto pago correspondiente a la vigencia 2026, correspondiente a la ejecución del 1 al 31 de marzo de 2026 por parte de CAFAMAZ, con suscripción contractual en Secop II el 30 de diciembre de 2025.

Se entregará el paquete de legalización de manera física y radicado por Orfeo como corresponde con todos los documentos requisitos exigidos ante el área financiera para los fines pertinentes expuestos en este correo.

De antemano gracias por la atención al presente.

Cordialmente,


BIENESTAR FAMILIAR

**Martha Lucia Moreno Castaño**
Profesional Universitario
Grupo interno de Trabajo de Gestión Misional
ICBF Sede Regional Amazonas
Cra. 4 No. 4-10 Barrio Gaitán, Leticia, Amazonas.
Teléfono: 601 4377630 Ext. 893017
www.icbf.gov.co


Clasificación de la información: **CLASIFICADA**


**NOTA DE CONFIDENCIALIDAD**: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

**CONFIDENTIALITY NOTICE**: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must

completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing if reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

**FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 91002102025 DE 2026**

**INFORME PERIODICO (SI ES PERIODICO, INDICAR NÚMERO DE INFORME) _4__**

**1. Datos generales**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Periodo del informe (fecha de inicio de la ejecución hasta la terminación del plazo) | 1 AL 31 DE MARZO DE 2026 | Numero de contrato/convenio | 91002102026 |
| Tipo de contrato/convenio | APORTE | Fecha suscripción contrato/convenio en las plataformas CCE | 30 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| Valor **inicial** del contrato/convenio | $ 1.348.990.087,00 | Plazo de Ejecución **Inicial** (hasta cuándo) | 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| | | Plazo de Ejecución **Final** (hasta cuándo) (se suma tiempo adicional) | 31 DE MAYO DE 2026 |
| Objeto | CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA O RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA Y LA PREVENCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN, LA SALUD Y EL FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO, EN ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR Y ENMARCADOS EN EL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN, A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN | | |
| Alcance del objeto (si aplica) | NO APLICA | | |

**2. Datos supervisor**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cargo Supervisor ICBF (segun clausula de supervisión del contrato/convenio) | PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 10 | | |
| Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio - En orden cronológico) | MARTHA LUCIA MORENO CASTAÑO | Fecha en la que realizo la supervisión (desde y hasta cuando) - En orden cronológico | 31 DE ENERO DE 2025 |
| Nombre y cargo del Supervisor ICBF (para efectos de liquidación) | NO APLICA | Supervisores otras entidades (cooperantes) (Si aplica) | NO APLICA |
| Otros supervisores (*) | NO APLICA | Cargos de otros supervisores | NO APLICA |

(*) Si se trata de varios supervisores, indicar lo anterior en la(s) casilla(s).

**3. Datos contratista**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Contratista | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL AMAZONAS - CAFAMAZ | Cedula o NIT | 800 003 122-6 |
| Dirección | KM 2 VIA LOS LAGOS CARRERA 11 No. 8 - 80 | Correo electrónico | mildre.perez@cafamaz.com ; DIRECCION@CAFAMAZ.COM |
| Representante Legal que suscribió el contrato/convenio | MILDRE LETICIA PEREZ MORENO | | |
| Representante Legal que suscribió el acta de Liquidación (I): | NO APLICA | Identificación | 1.094.894.067 |
| Documentos que acreditan la competencia y facultades para liquidar | NO APLICA | | |
| Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal (I) | | | |

(I) Este campo solo aplica para el informe Final de liquidación. Este certificado debe ser de máximo 30 días.

**4. Plazo de duración del contrato/convenio**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha inicio del contrato/convenio | 31 DE DICIEMBRE DE 2025 | Fecha de terminación inicial | 31 DE MAYO DE 2026 |
| Fecha aprobación pólizas | 31 DE DICIEMBRE DE 2025 | Fecha expedición R.P. | 30 DE DICIEMBRE DE 2025 - 2 DE ENERO DE 2026 |
| Fecha acta de inicio (si aplica) | 31 DE DICIEMBRE DE 2025 | | |
| Fecha documento de Prórroga (si aplica) | NO APLICA | Prorrogado hasta cuándo (si aplica) | NO APLICA |
| Fecha aprobación póliza de la prórroga | NO APLICA | | |

Si se requiere más prórrogas, incluir las filas que sean.

**5. Información presupuestal**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor **Inicial** del contrato/convenio | **$ 1.348.990.087,00** | | |
| Aporte ICBF | $ 1.309.699.114,00 | | |
| Aporte Contratista (si aplica) | $ 39.290.973,00 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. de CDP | 30825 | Fecha CDP | 28 de diciembre de 2025 | Valor de CDP | $ 88.516.676,00 |
| No. de VF (si aplica) | 40425 | Fecha VF | 31 de octubre de 2025 | Valor de VF | $ 1.221.180.438,00 |
| No. de RP | 112624 | Fecha RP | 30 de diciembre de 2025 | Valor de RP | $ 88.516.676,00 |
| No. de RP VF | 726 | Fecha RP | 2 de enero de 2026 | Valor de RP | $ 1.221.180.438,00 |

**(+) ADICIONES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Documento Adición | NO APLICA | | | Valor Adición | $ |
| Descripción del concepto de adición realizada en el periodo | | | | | |
| No CDP Adición | NO APLICA | Fecha inicial y/o de operación del CDP Adición | NO APLICA | Valor CDP Adición | $ |
| No. de RP Adición | NO APLICA | Fecha inicial y/o de operación del RP Adición | NO APLICA | Valor RP Adición | $ |
| Valor adición aporte contratista | $ | | | | |
| Fecha aprobación póliza de la adición | NO APLICA | | | | |

Si se presentan más adiciones, incluir las filas que sean.

**(-) DISMINUCIONES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fecha Documento Disminución | NO APLICA | | | Valor disminución | $ |
| Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo | | | | | |
| No CDP disminución | NO APLICA | Fecha inicial y/o de operación del CDP disminución | NO APLICA | Valor CDP disminución | $ |
| No. de RP disminución | NO APLICA | Fecha inicial y/o de operación del RP disminución | NO APLICA | Valor RP disminución | $ |
| Valor disminución aporte contratista | $ | | | | |
| Fecha aprobación póliza de la disminución | NO APLICA | | | | |

Si se presentan más disminuciones, incluir las filas que sean.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)** | $ 1.348.990.087,00 | | |
| Valor anticipo (si aplica) | $ | Fecha pago anticipo (si aplica) | NO APLICA |
| Porcentaje amortización (si aplica) | $ | Período facturado | NO APLICA |

Forma de Pago

El ICBF realizará el pago de su aporte al contrato de la siguiente manera:

**El CUARTO PAGO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 31 de marzo de 2026 se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente contrato. Para tal efecto el CONTRATISTA deberá presentar: a) Soporte de facturación de beneficiarios, b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF, c) Ficha de ingreso de beneficiarios, d) Soporte entrega de la complementación alimentaria Ración Familiar para Preparar Alimentos de Alto Valor Nutricional, e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF, f) certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El CONTRATISTA para el servicio del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal, g) informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil, h) Certificación del pago al equipo del servicio emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal, i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contraparte, j) Formatos que den cuenta de la prestación del servicio que brindó El CONTRATISTA de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio, k) Planilla de pago de retención en la fuente correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL CONTRATISTA y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF.

**El QUINTO PAGO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 30 de abril de 2026 se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente contrato. Para tal efecto el CONTRATISTA deberá presentar: a) Soporte de facturación de beneficiarios, b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF, c) Ficha de ingreso de beneficiarios, d) Soporte entrega de la complementación alimentaria Ración Familiar para Preparar Alimentos de Alto Valor Nutricional, e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF, f) certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El CONTRATISTA para el servicio del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal, g) informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil, h) Certificación del pago al equipo del servicio emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal, i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contraparte, j) Formatos que den cuenta de la prestación del servicio que brindó El CONTRATISTA de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio, k) Planilla de pago de retención en la fuente correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de El CONTRATISTA y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF.

**El SEXTO PAGO** correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 31 de mayo de 2026 se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente contrato. Para tal efecto el CONTRATISTA deberá presentar: a) Soporte de facturación de beneficiarios, b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF, c) Ficha de ingreso de beneficiarios, d) Soporte entrega de la complementación alimentaria Ración Familiar para Preparar Alimentos de Alto Valor Nutricional, e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF, f) certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El CONTRATISTA para el servicio del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal, g) informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil, h) Certificación del pago al equipo del servicio emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal, i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contraparte, j) Formatos que den cuenta de la prestación del servicio que brindó El CONTRATISTA de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio, k) Planilla de pago de retención en la fuente correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL CONTRATISTA y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. Adicionalmente, el CONTRATISTA deberá presentar certificación de entrega de los elementos de dotación adquirida con recursos del ICBF al supervisor del contrato certificación e informe de cumplimiento de ejecución del 100% de la contraparte, informe final de actividades que dé cuenta de la ejecución de cada una de las etapas del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición conforme a los lineamientos brindados por parte del supervisor del contrato.

**PARÁGRAFO PRIMERO**. Cada uno de los informes técnicos deberá incluir las acciones realizadas por parte de los equipos interdisciplinarios para la implementación de cada una de las etapas de atención así como la relación de las niñas y niños menores de cinco años atendidos en cada etapa, indicando la información asociada con su estado nutricional de ingreso y egreso en cada una de las etapas.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**. Lo correspondiente al valor de la reposición de dotación (o dotación inicial) se desembolsará en el mes de ejecución en que sean adquiridos los elementos, según corresponda, de acuerdo con las gestión en que se incurran bajo este concepto (mes vencido) y acorde con la presentación de los respectivos soportes por parte del CONTRATISTA. Lo anterior deberá certificarse mediante la presentación de un documento que contenga la relación y descripción de cada uno de los elementos de dotación a los que hace referencia el presente.

**PARÁGRAFO.PARÁGRAFO TERCERO**. Para cada pago EL CONTRATISTA debe presentar el reporte completo de los usuarios que hayan sido atendidos hasta la fecha de corte, garantizando la coherencia entre la información reportada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras y el sistema de información CUENTAME. El certificado de cobertura que refleje el número de usuarios que hayan sido atendidos hasta la fecha de corte, debe guardar unicidad entre la información reportada mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras (Atenciones e inversión) y el sistema de información CUENTAME. Los pagos estarán sujetos al cumplimiento del reporte del 100% de la información en el Sistema de Información establecido por el ICBF del mes inmediatamente anterior a la presentación de la cuenta.



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

**PARAGRAFO CUARTO.** La ejecución de cada uno de los conceptos de gasto deberá ser debidamente soportada con el documento correspondiente (facturas o documentos equivalentes). Para el caso de los costos fijos imputados en la estructura de costos se reconocerá el pago para cada concepto de gasto proporcionalmente al tiempo de ejecución de acuerdo con la fecha de inicio de cada uno y conforme a los documentos que lo soporten
**PARAGRAFO QUINTO**. El informe de ejecución financiera para cada pago debe reflejar coherencia entre la información de valores pagados registrados mensualmente en SIM - Metas Sociales y Financieras.
**PARAGRAFO SEXTO**. La radicación de la factura cuenta de cobro o documento equivalente debe ser presentada por EL CONTRATISTA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización del mes y debe estar acompañada de los entregables y soportes definidos para el bien respectivo
**PARAGRAFO SEPTIMO.** Si la(s) factura(s) no haya sido correctamente elaborada(s) o no se presentan con los documentos requeridos para el pago el término para desembolso solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas o desde que se haya aportado y aprobado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad de EL CONTRATISTA y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza
**PARAGRAFO OCTAVO**. Los gastos que demande la legalización del contrato tales como constitución de garantías derechos impuestos tasas y contribuciones que se causen por razón del perfeccionamiento del contrato durante su ejecución y hasta la liquidación del mismo serán a cargo de EL CONTRATISTA. Así mismo cualquier tasa contribución o impuesto de carácter nacional distrital municipal y en general cualquier carga impositiva que se genere de la contratación derivada que EL CONTRATISTA realice con terceros para la ejecución del contrato estará a cargo de EL CONTRATISTA
PARAGRAFO NOVENO. Todos los pagos se realizaran conforme a PAC del ICBF
PARAGRAFO DECIMO. Para cada pago EL CONTRATISTA deberá presentar la certificación del revisor fiscal o representante legal según corresponda sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007

**8. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)**

El supervisor certifica que durante la ejecución del contrato convenio No. 8162102025 (NO existe contratación derivada o existe derivada según aplique)

| No. de Contrato/convenio | Objeto del contrato/convenio | Fecha de inicio del contrato/convenio | Plazo del contrato/convenio | Valor total del contrato/convenio | Fecha de liquidacion | Certificación del contratista |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | $ | N/A | NO SE TUVO DE RELACIONES DEL CONTRATO |

Este aparte debe diligenciarse en caso de existir contratación derivada. De este apegar la relación de la misma y la certificación de pago y cada debidamente suscrita por el Contratista correspondiente, en orden de ejecución. De no existir contratación derivada señalar que no aplica dentro del paquete.

**7. Certificsciones para pagos suscritas por el supervisor**

| Periodo certificado | Fecha de certificación | Valor pagado | Ubicación del documento soporte | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| 31 DE DICIEMBRE 2025 | 28/02/2026 | $ 82.248.670,00 | CARPETA CONTRACTUAL EN FISICO Y CARGUE EN APLICATIVO SECOP II | LEGALIZACION DE LA ENTREGA DE LAS 783 RPP ACORDE A FALLO DE TUTELA 2025-00217-00 DEL JUZGADO PENAL DE LETICIA |
| 1 AL 31 DE ENERO DE 2026 | 28/02/2026 | $ 72.936.636,00 | CARPETA CONTRACTUAL EN FISICO Y CARGUE EN APLICATIVO SECOP II | LEGALIZACION EJECUCION ENERO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO DESEMBOLSO |
| 1 AL 28 DE FEBRERO DE 2026 | 13/04/2026 | $ 273.110.858,00 | CARPETA CONTRACTUAL EN FISICO Y CARGUE EN APLICATIVO SECOP II | LEGALIZACION EJECUCION FEBRERO CORRESPONDIENTE AL TERCER DESEMBOLSO - QUE TENDRA UN PAGO PARCIAL HASTA TATO NO SE PRESENTE SUBSANACIONES DE LOS DOCUMENTOS QUE NO CUMPLEN CON LOS CRITERIOS CONTRACTUALES Y OPERATIVOS QUE DEBE SERTIFICAR EL SUPERVISOR |
| 1 AL 31 DE MARZO DE 2026 | 24/04/2026 | $ 271.123.280,00 | CARPETA CONTRACTUAL EN FISICO Y CARGUE EN APLICATIVO SECOP II | LEGALIZACION EJECUCION MARZO CORRESPONDIENTE AL TERCER DESEMBOLSO - QUE TENDRA UN PAGO INFERIOR AL PACTADO POR INEJECUCIONES NO SUSTENTADAS CON CRITERIOS ESTIPULADOS POR LA GUIA OPERATIVA SIN EMBARGO SE SOLICITAN OTRAS SUBSANACIONES QUE SE REVISARAN POSTERIORES AL PAGO Y DE NO ESTAR A CONFORMIDADED DE LA SUPERVISION, EL VALOR EXCEDENTE PAGADO EN MARZO SERA DEDUCIDO EN EL SIGUNETE DESEMBOLSO |

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

| Numero de pago/desembolso según cláusula de forma de pago | Valor bruto pagado o desembolsado | Fecha de la orden de pago correspondiente | Número de la orden de pago correspondiente | Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos) | Ubicación del documento soporte |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 82.248.670,00 | 6/03/2026 | 63959426 | SE REALIZA PAGO PARCIAL CORRESPONDIENTE AL VALOR DE LAS RPP DE PI POR SENTENCIA DE TUTELA NO SE REALIZA PAGO DEL APALANCAMIENTO POR INSTRUCCIONES DE LA DIRECCION DE NUTRICION EN MESA DE TRABAJO DEL MES DE FEBRERO DONDE SE INDICA A LA SUPERVISION QUE SI NO SE CONTRATO AL TALENTO HUMANO EN DICIEMBRE NO APLICARAN PAGOS DE APALANCAMIENTO ACORDE A ESTRUCTURA DE COSTOS AUNQUE EN LA MINUTA CONTRACTUAL ESTA SUJETA SOLO A TRES PRODUCTOS A ENTREGAR YEMA QUE ENTRA A REVISION INTERNA DESDE LA SEDE NACIONAL | EXPEDIENTE CONTRACTUAL |
| 2 | $ 72.936.636,00 | 9/03/2026 | 65662526 | SE REALIZA DEDUCCION DE $600.000 POR INEJECUCION DE TALENTO HUMANO DEL MES DE ENERO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL |
| 3 | $ 273.110.858,00 | 20/04/2026 | 126721026 | SE ENCUENTRA POR DEBAJO DEL VALOR ESTIPULADO POR INEJECUCIONES DE COSTOS FIJOS O VARIABLES Y GRAVAMEN FINANCIERO QUE NO LE APLICA A LA ENTIDAD | EXPEDIENTE CONTRACTUAL |
| TOTALES | $ 428.296.164,00 | | | | |

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

| Fecha Descuento/Liberación/Reducción | Valor Descuento/Liberación/Reducción | Concepto Descuento/Liberación/Reducción |
|---|---|---|
| 31 DE DICIEMBRE 2025 | $ 6.270.027,00 | INEJECUCION DE DICIEMBRE POR LA NO CONTRATACION DEL TALENTO HUMANO Y CONCEPTO DE OPERACIONES DE LA ESTRUCTURA DE COSTOS EMITIDA POR LA DIRECCION DE NUTRICION ACORDE A INSTRUCCIONES Y ORIENTACIONES DESDE EL EQUIPO DE TRABAJO DE LA SEDE NACIONAL EN MESE DE TRABAJO DE FEBRERO |
| 1 AL 31 DE ENERO DE 2026 | $ 40.887.370,00 | INEJECUCION DE ENERO POR LA NO CONTRATACION DEL TALENTO HUMANO NUTRICIONISTA 15 DIAS DE ENERO PEDAGOGO Y DESCUENTO A COORDINADORA NO APLICA ENTREGA DE RPPP COSTOS INDIRECTOS NO EJECUTADOS DE ELEMENTOS DE ASEO Y COMUNICACIONES |
| 1 AL 28 DE FEBERO | $ 4.325.951,00 | INEJECUCION DE FEBRERO COSTOS INDIRECTOS NO EJECUTADOS DE ELEMENTOS DE ASEO Y COMUNICACIONES GASTOS OPERACIONALES NO EJECUTADOS EN SU TOTALIDAD NO PLICA GRAVAMEN FINANCIERO |
| 1 AL 31 DE MARZO | $ 8.313.529,00 | INEJECUCION DE MARZO POR DOS (2) BENEFICIARIOS INGRESADOS SIN CRITERIOS AL PROGRAMA ACORDE A LA GUIA OPERATIVA REDUCIENDO RPP Y PREPARACIONES DEMOSTRATIVAS COSTOS INDIRECTOS NO EJECUTADOS DE ELEMENTOS DE ASEO Y COMUNICACIONES GASTOS OPERACIONALES NO EJECUTADOS EN SU TOTALIDAD NO PLICA GRAVAMEN FINANCIERO |
| TOTAL | $ 57.796.857,00 | |

**10. Reintegros efectuados (si aplica)**

| Tipo de Reintegro | Fecha reintegro | Valor reintegro | No. de Comprobante reintegro | Justificación del reintegro |
|---|---|---|---|---|
| NO APLICA | NO APLICA | $ - | NO APLICA | NO APLICA |

Fecha de la certificación del cierre de la cuenta bancaria (aplica para rendimientos financieros): **NO ALICA**

Entidad Bancaria (aplica para rendimientos financieros): **BBVA**

* Para el informe final debe acompañar a este documento el acta de cierre bancaria que emitan en este momento los rendimientos financieros cuadros de categorizaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Financiera que avale dicha categorización

Nota: De acuerdo con el tipo de contrato/convenio a liquidar se deberá seleccionar el cuadro de balance financiero más ajustado a diligenciar a las condiciones del mismo

Aplica para todos aquellos contratos tales como apoyos logísticos o contratos interadministrativos y demás contratos en los cuales existen recursos del ICBF y del Contratista con los cuales exista corresponsabilidad en caso de no haberse pactado lo dicho en este espacio (DER (50)

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

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **VALOR INICIAL CONTRATO CONVENIO:** | **$ 1.348.890.087,00** |
| VALOR APORTE ICBF | $ 1.309.599.114,00 |
| VALOR APORTE CONTRATISTA (Si Aplica) | $ 39.290.973,00 |
| **VALOR TOTAL ADICIONES** | **$ 0,00** |
| VALOR ADICION APORTE ICBF | $ 0,00 |
| VALOR ADICIÓN APORTE CONTRATISTA (Si Aplica) | $ 0,00 |
| **VALOR TOTAL REDUCCIONES** | **$ 0,00** |
| VALOR REDUCCIÓN APORTE ICBF | $ 0,00 |
| VALOR REDUCCIÓN APORTE CONTRATISTA (Si Aplica) | $ 0,00 |
| **VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO** | **$ 1.348.890.087,00** |
| VALOR TOTAL APORTE ICBF | $ 1.309.599.114,00 |
| VALOR TOTAL APORTE CONTRATISTA (Si Aplica) | $ 39.290.973,00 |
| **VALOR TOTAL EJECUTADO:** | **$ 724.675.407,00** |
| VALOR EJECUTADO APORTE ICBF | $ 699.419.444,00 |
| VALOR EJECUTADO APORTE CONTRATISTA (Si Aplica) | $ 25.255.963,00 |
| PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA | $ 428.296.164,00 |
| VALOR A LIBERAR A FAVOR DEL APORTE DEL ICBF | $ 57.796.857,00 |
| VALOR NO EJECUTADO APORTE CONTRATISTA (Si Aplica) | $ 14.035.010,00 |
| SALDO POR PAGAR AL CONTRATISTA | $ 552.482.813,00 |
| SALDO REINTEGRADO A FAVOR DEL ICBF | $ 7.542,00 |
| SALDO POR REINTEGRAR A FAVOR DEL ICBF | $ 0,00 |

**Notas Financieras**

Este ítem solo debe diligenciarse en el evento de liberaciones (ítem 9) de los siguientes saldos, de lo contrario no aplica (favor borrar)

| | |
|---|---|
| **Saldos a liberar:** | 1. Que el valor a liberar del RP No. 726 corresponde a $57 796 857 ( INEJECUCION DE DICIEMBRE 2025 ENERO A MARZO 2026 ) |
| **Estado de los recursos a liberar:** | 2. Que los recursos no ejecutados en virtud del RP 726 a la fecha podrán ser liberados en la presente vigencia fiscal de conformidad con el soporte expedido en abril de 2026 por la supervisora del contrato en certificacion de pago para desembolso de ejecucion del 1 al 31 MARZO de 2026 |
| **Saldos pendientes por pagar** | 3. Que el valor a pagar a favor de CAFAMAZ corresponde a la suma de **QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TRECE PESOS MCTE ($552.482.813)** por concepto de ejecucion del 31 de diciembre de 2025 hasta la ejecucion de enero a mayo de 2026 |
| **Estado de los recursos reintegrados** | 4. No aplica para rendimientos financieros del mes de diciembre ni existen reintegros pendientes |
| **Compensación por sanción impuesta al contratista** | No aplica compensaciones |

**Fecha estado de cuenta** 24 DE ABRIL 2026

**12. Garantías**



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

| Amparos | Compañía aseguradora | No. de póliza | No. de anexo | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Desde | Hasta |
| RESPONSABILIDAD CIVIL, PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA | 400-74- 994000028726 | 0 | 30/12/2025 | 31/05/2026 |
| CUMPLIMIENTO | | 400 47 994000111994 | 0 | 30/12/2025 | 30/11/2026 |
| PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND | | | | 30/12/2025 | 30/05/2029 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | | | 30/12/2025 | 30/11/2026 |

*Nota: Es necesario vigilar las garantías de las modificaciones realizadas al contrato. Así mismo, la garantía de estabilidad de obra debe estar previamente aprobada por la Dirección de Contratación o las Coordinaciones Jurídicas en las Regionales del ICBF, según sea el caso.*
*De conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.12 del Decreto 1082 de 2015, la garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato.*

## 13. Sanciones

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

| Tipo de Sanción (Seleccionar con "X") | | Número y fecha del acto administrativo que resuelve el proceso administrativo sancionatorio contractual | Número y fecha del acto administrativo que resolvió el recurso ( si aplica ) | Fecha de ejecutoria del proceso administrativo sancionatorio contractual | Valor de la sanción impuesta |
|---|---|---|---|---|---|
| Multa (art. 17 Ley 1150 de 2007) | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | $ |
| Declaratoria de incumplimiento sin cobro de perjuicios (art. 17 Ley 1150 de 2007) | Total | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | $ |
| | Parcial | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | $ |
| Caducidad (art. 18 de la Ley 1150 de 2007) | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | $ |

## 14. Cumplimiento de Obligaciones

| Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i) | Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación | Ubicación del documento soporte en el expediente contractual | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|---|
| **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** | | | | |
| 1. Presentar 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 o convenio | NO | SIN CUMPLIMIENTO | SIN SOPORTE | EL PROFESIONAL DE CAFAMAZ AUN NO REALIZA SOCIALIZACION DEL COMPONENTE CORTE MES DE ABRIL Y AUN NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD NI SE CARGA EN LA RUTA |
| 2. 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 | NO | ACTA DE FORMACION Y CAPACITACION EN LETICIA | https://cbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/SST?csf=1&web=1&e=5fXaTe | NO CUENTA CON LISTA DE ASISTENCIA, SOLO SE SOCIALIZA EL PLAN DE EMERGENCIAS, Y SST TIENE MUNAS MAS AREAS A TRABAJAR Y SOLO SE REALIZA EN LA UNDAD DE LETICIA |
| 3. Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal y ropa de trabajo requerida para la realización de sus actividades | NO | NO APLICA | SIN SOPORTE | NO SE EVIDENCIA ENTRAGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL |
| 4. Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio | SI | HOJAS DE VIDA DE TH DE CAFAMAZ | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/8.%20TALENTO%20HUMANO/CONTRATOS%20TH?csf=1&web=1&e=zPtfvU | LA SUPERVISORA CERTIFICA EN LOS CONTRATOS APORTADOS DEL TALENTO HUMANO EL DOCUMENTO DE SALUD OCUPACIONAL VIGENTE DEL PERSONAL A CONTRATAR |
| 5. Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias | SI | PLGTH-04 PLAN DE EMERGENCIAS SEDE CENTRO RECREACIONAL CAFAMAZ (1) | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/SST?csf=1&web=1&e=oEUzMw | EL CONTRATISTA CARGA EL DOCUMENTO EN LA RUTA ASIGNADA POR LA SUPERVISION Y LA PROFESIONAL SIGE DE LA REGIONAL REVISA LA INFORMACION |
| 6. Informar al ICBF los incidentes, accidentes de Trabajo y enfermedad laboral de personal a cargo del contratista reportados a la ARL y EPS durante el plazo de ejecución del contrato o convenio | N/A | N/A | N/A | NO SE REPORTARON |
| 7. 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 del Ministerio de Trabajo o 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 | SI | LISTA DE ASISTENCIA SIGE REGIONAL | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | EN LA ASISTENCIA TECNICA BRINDADA POR EL EQUIPO SIGE DE LA REGIONAL SE CONVOCA A LOS PROFESIONALES DEL SIGE DE CAFAMAZ Y QUEDA PLAMADO EN LISTA DE ASISTENCIA |
| **GESTIÓN DE CALIDAD** | | | | |
| 1. Asegurar que el personal requerido para la prestación del servicio cuente con el perfil de Educación (formal, primaria, secundaria, pregrado), formación (cursos específicos de la actividad a desarrollar como diplomados, seminarios, talleres entre otros) o experiencia para garantizar la óptima prestación del servicio | SI | HOJAS DE VIDA DE TH DE CAFAMAZ | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/8.%20TALENTO%20HUMANO/CONTRATOS%20TH?csf=1&web=1&e=zPtfvU | LA SUPERVISORA CERTIFICA EN LOS CONTRATOS APORTADOS DEL TALENTO HUMANO LOS DOCUMENTOS QUE ACREDITAN TOA LA INFORMACION DE SUFICIENCIA Y EXPERTICIA |
| 2. Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato/convenio la información clásica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos, Políticas y Sistema Integrado de Gestión SIGF) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, directivas, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios contratados | SI | ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/8.%20TALENTO%20HUMANO/CONTRATOS%20TH?csf=1&web=1&e=zPtfvU | EL PROFESIONALDE CALIDAD NO REALIZA ESTA ACTIVIDAD QUIEN LA REALIZA ES LA COORDINADORA DE CAFAMZ SEGUN INDAGACIONES EN VISITA DE SUPERVISION |
| 3. Entregar los resultados de la percepción del usuario frente a la prestación del servicio misional | SI | INFORME ENCUESTA DE SATISFACCION | https://cbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/CALIDAD/SATISFACCION%20SIN%20CUENTAS?csf=1&web=1&e=qaKdd | SE CARGA INFORME DE SATISFACCION SOPORTADO CON GRAFICOS Y TABULACION |
| 4. Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación del servicio | NO | SIN CUMPLIMIENTO | SIN SOPORTE | EL PROFESIONAL DE CAFAMAZ NO HA REALIZADO LOS CARGUES Y SE HAN ENVIADO CORREOS INSTITUCIONALES PARA QUE APOYE LAS FALLAS DE REGISTROS DE CALIDAD Y CREE ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA MITIGAR EL RIESGO DE UNA INADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO |
| 5. Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, denuncias, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS) en el marco de la ejecución del objeto contractual | SI | BUZON Y DERROTERO CAFAMAZ | https://cbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/CALIDAD/PQR?csf=1&web=1&e=t1rM2 | |
| 6. Asegurar que los equipos de medición piloto utilizados para el cumplimiento del objeto contractual o contrato cuentan con certificaciones iniciales de calibración y sus verificaciones intermedias | SI | CARPETA DIGITAL DE METROLOGIA | https://cbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/CALIDAD/METROLOGIA?csf=1&web=1&e=tRFQku | |
| 7. Contar con un registro de los documentos utilizados para la operación del servicio incluyendo de ser necesario, el control de los cambios realizados | NO | SIN CUMPLIMIENTO | SIN SOPORTE | EL PROFESIONAL DE CAFAMAZ NO HA REALIZADO LOS CARGUES |
| **SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN** | | | | |
| 1. Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes al seguridad de la información enmarcado en la normativa externa del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato o convenio | NO | SIN CUMPLIMIENTO | SIN SOPORTE | EL PROFESIONAL DE CAFAMAZ NO HA REALIZADO LOS CARGUES |
| 2. Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor una vez se firme el contrato o convenio | SI | FS GT ABS -PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD - Versión 9 | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | ENTREGADO EN DICIEMBRE |
| 3. Informar al supervisor en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecte la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del objeto contractual | N/A | N/A | N/A | |
| 4. Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este | NO | SIN CUMPLIMIENTO | SIN SOPORTE | EL PROFESIONAL DE CAFAMAZ NO HA REALIZADO LOS CARGUES |
| 5. Suscribir un documento de autorización de tratamiento de datos personales con el representante legal, el cual deberá ser entregado al supervisor una vez se firme el contrato | SI | f44 g7 abs_formato_autorizacion_tratamiento_datos_personales_v1 | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | ENTREGADO EN DICIEMBRE |
| **GESTIÓN 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/convenio de acuerdo con la política ambiental del ICBF | NO | BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dtl | SE EVIDENCIA UN ALTO CONSUMO DE RESMAS DE PAPEL PARA EL MES DE MARZO Y NO SE ATIENDEN RECOMENDACIONES DE PUNTOS ECOLOGICOS Y CONSUMO DE RECURSOS |
| 2. Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente | SI | PRODUCTOS Y EMPAQUES AMIGABLE | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dtl | DOCUMENTO ELABORADO POR CAFAMAZ - RFPP |
| 3. Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio. Así como las evidencias del cumplimiento de los requerimientos establecidos en dichos documentos | SI | CERTIFICACION DE CAFAMAZ | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dtl | NO SE GENERAN IMPACTOS AMBIENTALES |
| 4. Formular e implementar Plan de Gestión Ambiental de acuerdo con los aspectos, impactos y requisitos ambientales asociados a la ejecución del contrato o convenio | SI | CERTIFICACION DE CAFAMAZ | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%20910021020255%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dtl | NO SE GENERAN IMPACTOS AMBIENTALES |
| **Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación** | **Ubicación del documento soporte en el expediente contractual** | **Observaciones (iv)** |
| 1. Acatar los requerimientos y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato sugiera el ICBF a través del Supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de las obligaciones, especialmente los requeridos para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por la supervisión y/o el ICBF | NO | CORREOS ELECTRONICOS Y REUNIONES COMO COMITES TECNICOS OPERATIVOS | EXPEDIENTE CONTRACTUAL Y CORREO INSTITUCIONAL | SE EVIDENCIA RESISTENCIA A LAS RECOMENDACIONES SUGERENCIAS SOLICITUDES DE CAMBIOS DE DOCUMENTO CUANDO SE REQUIERE, NO TENGAN LA SUSTENTACION QUE EXIGE EL OPERADOR NO SE EVIDENCIA COMUNICACION ENTRE EL AREA FINANCIERA Y TECNICA DE CAFAMAZ, SE SOLICITA OPTIMIZAR EL RECURSO EJECTADO DE TRANSPORTES Y HACEN CASO OMISO, TIENE UNA POSICION NO ADECUADA PARA EL TRATO ENTRE OPERADOR Y SUPERVISORA |
| 2. Utilizar la imagen del ICBF de acuerdo con los lineamientos establecidos por este. Salvo autorización expresa y escrita de las partes, ningún funcionario o tercero podrá utilizar el nombre, emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios o de cualquier otra índole | SI | CHALECOS, CARNET, AVISOS EN PUNTOS DE ATENCION, PAPELERIA | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE EVIDENCIA EN VISITAS Y REVISION DOCUMENTAL EN LOS PUNTOS DE ATENCION LETICIA Y PUERTO NARIÑO |
| 3. No utilizar con fines lucrativos el material entregado o el resultante de la ejecución de este contrato | SI | INFORMES, ENTREVISTAS CON BENEFICIARIOS | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | FORMATOS DE SUPERVISION SE PLASMA INFORMACION DE EJECUCION DEL PROGRAMA SIN COSTO ALGUNO |
| 4. Informar oportunamente cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las mismas | N/A | N/A | N/A | EL OPERADOR NO REPORTA DIFICULTADES, NI ANOMALIAS QUE DIFICULTEN LA PRESTACION DEL SERVICIO |
| 5. Presentar la cuenta de cobro o factura de conformidad con la forma de pago estipulada en el presente contrato junto con los informes de ejecución técnica, administrativa y financiera requeridas y los soportes. Hacia y dentro de acuerdo con los términos y especificaciones establecidos en el presente contrato y en los documentos técnico | SI | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO Y TECNICO CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE RADICA EL 9 DE ABRIL FINALIZANDO EL QUI Y ES ENTREGADO A LA SUPERVICION EL 10 DE ABRIL SIN EMBARGO, IGUAL QUE EL INFORME DEL MES ANTERIOR LA DOCUMENTACION NO ESTA BIEN SOPORTADA Y SE ENCUENTRAN INCONSISTENCIAS EN LOS DOCUMENTOS ENTREGADOS DEL INFORME FINANCIERO, QUE NO CONCUERDA CON INFORME TECNICO, PARA LO CUAL SE SOLICITAN SUBSANACIONES Y QUEDAN SUJETAS A AJUSTED DE PAGO PARA EL MES DE MAYO |
| 6. Presentar mensualmente ante el supervisor del contrato las certificaciones de pago a proveedores | SI | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE CUENTA CON CERTIFICACIONES DEL REVISOR FISCAL A PAGO DE PROVEEDORES Y EMISION DE FACTURACION ELECTRONICA DE PROVEEDORES CON RESPECTIVOS SOPORTES DISCRIMINADOS DE ORDENES DE SERVICIOS DE MARZO |
| 7. Mantener las facturas y demás soportes que cumplan con las exigencias establecidas por la legislación comercial colombiana estas soportes podrán ser solicitados en cualquier momento por el supervisor del contrato | NO | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | A PESAR QUE EN INFORME FINANCIERO EL OPERADOR PRESENTA FACTURAS ELECTRONICAS ESTAN NO VIENEN DISCRIMINADAS CORRETAMENTE, SE DEBEN PEDIR SUBSANACIONES, CUANDO YA SE LES HABIA EXPLICADO EN MESES ANTERIORES EN COMITE TECNICO OPERATIVO Y OTROS ESPACIOS, SOPORTES SIN CLARIDAD, O NO CORRESPONDEN A LO QUE EXIGE LA GUIA OPERATIVA EN ENTREGA Y DESARROLLO DE LA OPERACION EN MARZO |



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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. Mantener correctamente actualizados cada uno de los sistemas de información determinados por el ICBF en desarrollo de las actividades del contrato | SI | RADICACION INFORME MENSUAL TECNICO CUARTO DESEMBOLSO - CUENTAME | EXPEDIENTE CONTRACTUAL - APLICATIVO CUENTAME | ACORDE A LAS CLAUSULAS CONTRACTUALES SE DA CUMPLIMIENTO DEL CARGUE DE TODA LA INFORMACION SUMINISTRADA |
| 9. Cumplir con las demás actividades que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su ejecución | SI | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO Y TECNICO TERCER DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SIN OBSERVACION |
| **D. Cumplimiento de Obligaciones Específicas del Contrato/ convenio (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación** | **Ubicación del documento soporte en el expediente contractual** | **Observaciones (iv)** |
| 1. Aportar por concepto de contrapartida la suma de *TREINTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/TE ($39 290 973)* representados en:<br><br>a. Necesidades en aquellos contratos que incluyen atención en ambiente intramural. Para aquellos CDI que incluyan atención en ambiente intramural para recesarios que la entidad aporte los elementos neuroestructurario humano requeridos para llevar a cabo las acciones de recuperación nutricional propias del servicio de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del Servicio Integridad de Atención y Prevención de la Desnutrición.<br><br>b. Talento humano adicional: Vinculación de talento humano adicional contrapartida de personal (nutricionista adicional) para fortalecer los procesos de atención en las UDS de acuerdo con las necesidades en el marco del contrato. Dentro de esta talento humano se podrán cfintar los siguientes perfiles adicional a talento humano necesario para la prestación de servicio según se disponga en la guía operativa: pedagogo, fonoaudiólogo, terapeuta, enfermero, médico entre otros que respondan al objeto misional del contrato.<br><br>C. Bienes y servicios. Esta contrapartida se definirá de acuerdo con las necesidades identificadas por el supervisor del contrato y que no correspondan a las líneas expuestas anteriormente. Estas necesidades pueden ser<br><br>• Transporte para niños niñas y familias<br>• Dotación adicional de acuerdo con las necesidades del servicio<br>• En los casos en los que los territorios donde residen las familias atendidas no cuenten con agua potable o acueducto, el proponente podrá presentar como contrapartida el suministro de agua potable<br>• Iniciativas que fomenten prácticas de promoción de la salud, alimentación y nutrición saludables con la población atendida | **SI** | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO Y TECNICO CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE REFLEJA EJECUCION DE CONTRA PARTIDA PARA EL MES DE MARZO CON ATENCION DE ARRIENDO, PAGOS A PEDAGOGO SEMINARIO DE ALIMENTACION NUTRICIONAL PARA 74 PARTICIPANTES |
| 2. Realizar la identificación de actores claves del territorio con el fin de articular acciones en el proceso de atención de los usuarios | **SI** | DIRECTORIO DE ACTORES CLAVES EN LAS DOS UNIDADES DE ATENCION | RUTA SHAREPOINT. https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dil | DOCUMENTO ELABORADO POR CAFAMAZ |
| 3. Presentar a la supervisión del contrato durante los primeros cuatro (4) días calendario siguientes a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento del contrato las fichas técnicas de los alimentos empacados e incluidas en la Ración Familiar para Preparar RFPP. Así mismo, deberá presentar la información de los proveedores de alimentos de acuerdo con los documentos definidos por ICBF. | **SI** | FICHAS TECNICOS DE LOS ALIMENTOS | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dil | DOCUMENTOS PRESENTADOS AL INICIAR EL CONTRATO |
| 4. Garantizar el cumplimiento de la Resolución No. 7450 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y de Protección Social y aquellas que la modifiquen adicionen o sustituyan referidas a rotulación, de rotulado e etiquetado nutricional que deben cumplir los alimentos empacados que hacen parte de la Ración Familiar para Preparar. | **SI** | FICHAS TECNICOS DE LOS ALIMENTOS | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11 | DOCUMENTOS PRESENTADOS AL INICIAR EL CONTRATO |
| 5. Dar cumplimiento a la Ley 2046 de 2020 por la cual se establecen mecanismos para promover la participación de pequeños productores locales agropecuarios y de la agricultura campesina familiar y comunitaria en los mercados de compras públicas locales de alimentos a través de sus proveedores de acuerdo con lo contemplado en la ley y en su conducente en cada contrato | **SI** | FORMATOS DE COMPRAS LOCALES | CORREO ELECTRONICO DE APROBACION DE ESTAS DEL ENLACE REGIONAL DE COMPRAS LOCALES | |
| 6. Brindar atención a la población sujeta de atención del servicio de conformidad con las orientaciones emitidas desde la Dirección de Nutrición y que EL CONTRATISTA declara conocer durante el plazo del presente contrato así:<br><br>VDS Y LETICIA150 - PUERTO NARIÑO150<br>TOTAL PARTICIPANTES SERVICIO ENTORNO EXTRAMURAL 300 | **NO** | REGISTRO EN LA PLATAFORMA CUENTAME - METAS SOCIALES | CORREO ELECTRONICO | EN EL MES DE MARZO DOS BENEFICIARIOS NO CUMPLIERON CON CRITERIOS DE INGRESO |
| 7. Garantizar el cumplimiento de todas las actividades relacionadas con los ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL COMPONENTE ALIMANTRIVO de la operación del servicio de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos operativos sus anexos técnicos formativos y sus actualizaciones | **NO** | INFORME FINANCIERO DE MARZO - CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | AUNQUE SE HACE ENTREGA A TIEMPO CON LOS REPORTES DE INFORMES FINANCIEROS DENTRO DE LOS 10 PRIMEROS DIAS DE MES VENCIDO, ESTOS NO SE ENTREGAN CON CALIDAD DADO QUE A PESAR QUE SE HA REITERADO COMO SE DEBEN ENTREGAR SOPORTADAS LAS FACTURAS ELECTRONICAS CUANDO NO ESTE BIEN DISCRIMINADO LOS CONCEPTOS DE TRANSPORTE Y PAPELERIA, ENTRE OTROS SIEMPRE SE REQUIERE SOLICITAR SUBSANACION DE ESTOS PARA QUE CEN CUENTA QUE RUTAS, FECHAS, ACTIVIDADES CORRIMIDOS, ALIMENTOS APORTADOS CON SUS VALORES DE ADQUISICION INDIVIDUAL Y OTRAS CARACTERISTICAS LO CUAL IMPIDE UNA OPORTUNA REVISION DE INFORMES Y RESPECTIVOS DESEMBOLSOS. |
| 8. Realizar todas las actividades establecidas en los ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL COMPONENTE TÉCNICO relacionadas en los documentos técnicos del servicio con estricto cumplimiento de sus anexos técnicos formatos operativos y sus actualizaciones que incluyen las acciones desde los componentes fortalecimiento familiar y comunitario educación para la salud alimentar y nutricional y seguimiento en Estado Nutricional y Complementación Alimentaria como ejes de la atención para garantizar un adecuado estado de salud y nutrición de la población usuaria. | **NO** | ACTAS DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO FORMATO DE VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL | CARPETAS DE BENEFICIARIOS | EN EL MES DE MARZO SE ENCONTRARON ERRORES DE DIGITACION EN FORMATOS DE VALORACION NUTRICIONAL EN COMPARACION CON PLATAFORMA CUENTAME, NO SE CUMPLE CON LA COBERTURA DE LOS ENCUENTROS FAMILIARES COMUNITARIOS |
| 9. Dejar registro documental que evidencia el proceso de seguimiento del estado nutricional de los usuarios de acuerdo con lo establecido en los documentos técnicos operativos cumpliendo con la normatividad vigente relacionada con la reserva de la identidad e implementación de registro y actualización de bases de datos personales del ICBF | **NO** | FORMATOS DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL | CARPETAS DE BENEFICIARIOS | EN EL MOMENTO DE LA SUPERVISON NO SE ENCUENTRAN DILIGENCIADOS LOS FORMATOS DE SEGUIMIENTO |
| 10. Garantizar el cumplimiento de todas las actividades relacionadas con el PROCESO DE ATENCIÓN de conformidad con lo establecido en cada Lineamiento del servicio sus anexos técnicos formativos operativos y sus actualizaciones. | **SI** | ACTUALIZACIONES DEL FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL | CARPETAS DE LOS BENEFICIARIOS | CUSTODIADAS EN LA SEDE ADMINISTRATIVA DE CAFAMAZ |
| 11. Sumarse y participar la complementación alimentaria tanto entregada en la implementación del Servicio Integral de Atención y Prevención de la Desnutrición así como en los principios de Departamento que se requiera conforme a las instrucciones previas del ICBF cuando a ello haya lugar. | **SI** | FORMATOS DE ENTREGA DE RFPP EVIDENCIA FOTOGRAFICA | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dil | |
| 12. Coordinar con las modalidades y servicios de atención a la Primera Infancia y la Nutrición de ICBF u otra oferta social disponible en el territorio para la remisión de las niñas y niños una vez egresan del servicio. | **SI** | OFICIOS ENVIADOS A LOS OPERADORES DE PRIMERA INFANCIA | RUTA SHAREPOINT. https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%2 | |
| 13. Identificar y remitir a la Defensoría de Familia o a la Autoridad Administrativa que por jurisdicción y competencia subsidiaria le corresponda (Comisario de Familia o Inspector de Policía) los casos de los niños y niñas en quienes se determine que la causa de la desnutrición obedece a situaciones de maltrato abandono o por condiciones especiales de los padres o cuidadores para que se realice la respectiva verificación de derechos y se dé inicio al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos si así se requiere | **NA** | NA | NA | EN EL MES DE MARZO NO SE REMITIERON CASOS A LA DEFENSORIA DE FAMILIA |
| 14. Articular y gestionar con el sector salud el desarrollo de las atenciones que correspondan a los usuarios y en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social especialmente en vacunación valoración integral del desarrollo en niñas y niños y controles prenatales en el caso de mujeres y personas de gestación | **NO** | SIN CUMPLIMIENTO | SIN SOPORTE | EN LA RUTA NO SE ENCUENTRAN LOS SOPORTES DE ESTAS ARTICULACIONES |
| 15. Cumplir las orientaciones que sean definidas por el ICBF en relación con estrategias de fortalecimiento intersectorial y/o intersectorial para el mejoramiento de las condiciones nutricionales de las niñas niños y mujeres y personas en gestación que son sujetos de atención en el servicio | **SI** | OFICIOS ENVIADOS A LA ALCALDIA POLICIA Y DEMAS | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dil | |
| 16. En caso de presentarse el fallecimiento de un usuario por cualquier causa o desatención en el cual se encuentre activo durante la ejecución del servicio se deberá informar al supervisor del contrato de manera inmediata y presentar un informe detallado en un tiempo máximo de 48 horas después de ocurrido el evento. Los informes deben ser presentados de manera individual por cada caso y de acuerdo con el formato establecido por el ICBF | **NA** | NA | NA | EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON FALLECIMIENTOS DE USUARIOS |
| 17. Coordinar con los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en el nivel territorial la gestión con el sector en el caso de presentarse posibles riesgos de orden público desplazamientos masivos y emergencias por pandemias y epidemias y de carácter excepcional | **NA** | NA | NA | EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON PROBLEMAS DE ORDEN PUBLICO |
| **E. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO REGISTRO Y PRESENTACION DE INFORMACION** | | | | |
| 1. Realizar valoración seguimiento y vigilancia del estado nutricional de los usuarios atendidos en el servicio efectuando el registro de peso y talla teniendo la clasificación nutricional de cada usuario según la periodicidad y metodología establecida por el ICBF y de acuerdo con lo establecido en el Manual Técnico y Guía Operativa. En aquellos casos en los que se detecte desnutrición se deberá activar proceder de conformidad con la Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social | **SI** | FORMATOS DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL | CARPETAS DE BENEFICIARIOS | |
| 2. Aportar para cada caso la justificación y soporte de las razones que generen imposibilidad de realizar la toma de seguimiento nutricional a alguno de los usuarios atendidos durante el periodo de la toma | **NA** | NA | NA | NO SE PRESENTARON CASOS DONDE IMPOSIBILITARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL |
| 3. Reportar el registro con oportunidad y calidad del 100% de la información de usuarios atendidos, tomas de seguimiento nutricional y registro de novedades en el sistema de información definido por el ICBF que incluya las variables de las categorías de análisis del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD) de ICBF, estas condiciones y periodicidad que esté definida para el servicio y de acuerdo con lo establecido en el Manual Técnico y Guía Operativa | **NO** | PLATAFORMA CUENTAME | PLATAFORMA CUENTAME CORREOS ELECTRONICOS JUSTIFICANDO ERROR DE DIGITACION | EN EL MES DE MARZO SE REPORTARON ALERTAS DE CALIDAD POR ERRORES DE DIGITACION Y EL NO DILIGENCIAMIENTOS DE ITEMS EN EL CUENTAME |
| 4. Registrar de manera inmediata los casos en los que se evidencie que el usuario está siendo atendido en más de un servicio del ICBF y presentar los soportes requeridos de la atención del usuario al administrador/ registrar del sistema de información con el fin de realizar el debido seguimiento y evitar duplicidades en la atención del ente de los terminos establecidos por el ICBF | **NA** | NA | NA | EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON CASOS DE CONCURRENCIA |
| 5. Registrar con calidad y realizar las actualizaciones y modificaciones a que haya lugar/ información con corte a la fecha y oportunidad en el sistema de información establecido el 100% de las atenciones de los UDS y usuarios asociando el punto geográfico/ acordado en Lat/Lon ft Profes Q Esta información y/o verificada, diligenciada y de acuerdo con los documentos y las orientaciones impartidas por el ICBF | **SI** | PLATAFORMA CUENTAME | PLATAFORMA CUENTAME | ACORDE A LA CLAUSULA CONTRACTUAL REFIERE QUE SE CARGUE TODA LA INFORMACION EN EL CUENTAME Y PARA ESTA DESCRICION CUMPLIDA, SIN EMBARGO NO SE REFLEJA LA MISMA INFORMACION PLASMADA EN LAS CARPETAS DE LOS BENEFICIARIOS PERO NO SE PUEDEN TOMAR ACCIONES FINANCIERAS DADO QUE EN EL CONTRATO NO SE ESTIPULA DE ESTA MANERA |
| 6. Registrar el registro y actualización permanente de la información en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de forma veraz completa oportuna y comprobable de los usuarios atendidos y sus familias conforme a los requerimientos del ICBF | **SI** | PLATAFORMA CUENTAME | PLATAFORMA CUENTAME | |
| 7. Registrar el inicio del contrato y cada vez que la operación lo requiera el registro y actualización de la información en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de las bases relacionadas con el operador e información de los contratos | **SI** | APLICATIVO CUENTAME | APLICATIVO CUENTAME | NO SE HAN GENERADO MODIFICACIONES PARA EL MES DE MARZO |
| 8. Realizar al inicio del contrato y cada vez que el servicio lo requiera conforme a la actualización de ICBF y en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina los datos actualizados de la unidad o unidades de servicio conforme a las disposiciones y estándares establecidos por el ICBF | **N/A** | N/A | N/A | SE REALIZA AL INICIO DEL CONTRATO PARA EL MES DE MARZO NO APLICA |
| 9. Registrar en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina la vinculación e información de los recién nacidos vivos hasta de las madres y personas en gestación usuarias dentro de los 30 días calendario siguientes a su nacimiento | **SI** | PLATAFORMA CUENTAME - CARPETAS DE USUARIOS | PLATAFORMA CUENTAME - CARPETAS DE USUARIOS | |
| 10. Registrar información de las usuarias y sus familias de acuerdo con las directrices del ICBF haciendo la actualización a la Unidades de Servicio (UDS) con la fecha que del inicio de la atención para la cual debe realizarse la autorización de los padres o responsables (menores de edad) o del usuario (mayores de edad) para el tratamiento de datos personales caracterización legal de residencia con la dirección conforme a los recibos de servicios públicos o la georeferenciación conforme a las estipulaciones definidas por el ICBF | **SI** | INFORME TECNICO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO CUARTO PAGO | APLICATIVO CUENTAME | EN EL APLICATIVO CUENTAME Y EN LOS FORMATOS ESTIPULADOS PARA ESTE PROPOSITO SE EVIDENCIAN LAS ACTUACIONES QUE SE REFIEREN PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA |
| 11. Registrar y actualizar permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina la información del talento humano contratado para la atención de los usuarios conforme a los estándares y lineamientos definidos por el ICBF | **SI** | INFORME TECNICO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO CUARTO PAGO | APLICATIVO CUENTAME | ACTUALMENTE ESTA ACTUALIZADO CON EL TALENTO HUMANO APROBADO POR LA SUPERVISION Y NOVEDADES QUE SURJAN EN CADA MES |
| 12. Registrar y actualizar oportunamente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina las novedades de retiro o fallecimiento de usuarios y talento humano conforme se presenten durante la prestación del servicio | **SI** | ACTAS DE RETIRO POR CAMBIO DE DOMICILIO O TRANSITO ARMONICO | RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_morenoc_icbf_gov_co/Documents/2026/CONTRATO%2091002102025%20R.%20NUTRICION/10.%20SIGE/AMBIENTAL?csf=1&web=1&e=c11dil | |
| 13. Registrar en el sistema de información en línea del ICBF la información de los perfiles de talento humano contratado para las unidades de servicio y actualizarla de acuerdo con las novedades que se presenten en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que se realiza la vinculación del perfil a la UDS | **SI** | INFORME TECNICO CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO CUARTO PAGO | APLICATIVO CUENTAME | ACTUALMENTE ESTA ACTUALIZADO CON EL TALENTO HUMANO APROBADO POR LA SUPERVISION Y NOVEDADES QUE SURJAN EN CADA MES |
| 14. Registrar y mantener actualizada la información de asistencia de usuarios atendidos durante el periodo de corte en los formatos y/o plataformas tecnológicas que el ICBF defina garantizando la coherencia entre la información reportada en el registro mensual en SIM - Mapas Sociales y Financieros, asistencias e inversión y el sistema de información CUENTAME (Características de usuarios)<br><br>PARAGRAFO PRIMERO. Cuando por razones ajenas a los operadores del servicio no sea posible registrar la información requerida por el ICBF en el Sistema de Información o en las plataformas tecnológicas que este disponga, deberá aportar la justificación y los soportes que sustenten dicha situación la cual será validada por el supervisor y/o fortalecer del contrato/convenio por el ICBF<br><br>PARAGRAFO SEGUNDO. Se entiende por registro oportuno el cargue de la información antes referida dentro de los 5 días calendario posteriores al cierre de mes de prestación del servicio mensual | **SI** | PLATAFORMA CUENTAME | REGISTRO DE METAS SOCIALES APLICATIVO SIMEI | |
| **F. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN** | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Asistir y colaborar en el ejercicio de las labores de seguimiento y supervisión del ICBF, facilitando el acceso a toda la información y documentación técnica, administrativa y financiera relacionada con la ejecución del (los) bien (es) objeto del presente contrato entregando las informes que le sean solicitados y adoptando las recomendaciones y acciones que le sean requeridas para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. | SI | FORMATO INFORME DE SUPERVISION MARZO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE DA CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL OPERADOR EN LAS ACCIONES DE SUPERVISION AL ACCESO SIN PROBLEMA DE INFORMACION |
| 2. Presentar oportunamente la respuesta a las metas de mejora solicitadas por el ICBF, a partir de los resultados de la aplicación de los instrumentos de supervisión | SI | PLAN DE MEJORA - FORMATO DE VISITA DE SUPERVISION | CORREO ELECTRONICO - EXPEDIENTE CONTRACTUAL | EN MARZO SE GENERO POR PARTE DEL APOYO A LA SUPERVISION Y SUPERVISORA Y ENVIO PLAN DE MEJORA PARA LA UNIDAD DE PUERTO NARIÑO |
| 3. Dar cumplimiento a las metas de mejora derivadas de las auditorías de calidad de las visitas de inspección, vigilancia y control, de las visitas de supervisión contractual y de seguimiento a la implementación del Manual Técnico y Guía Operativa o de las otras actividades de vigilancia y control del ICBF. | N/A | N/A | N/A | NO SE HAN PRESENTADO VISITAS DE IVC |
| 4. Cumplir con lo establecido en el Manual Técnico y la Guía Operativa del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición. | NO | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO Y TECNICO CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | AUNQUE SE DA CUMPLIMIENTOS EN ACTIVIDADES ACORDE AL MANUAL TECNICO Y GUIA OPERATIVA, EN LOS ENCUENTROS FAMILIARES COMUNITARIOS SOLO SE ESTAN DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES PEDAGOGICAS Y LOS ESPACIOS DE DEMOSTRACIONES ALIMENTARIAS PERO NO ENTREGAS DE RFPP NI TOMAS ANTROPOMETRICAS PARA PUERTO NARIÑO POR TEMAS DE DISPERCION DE LOS BENEFICIARIOS Y POR DIFICULTADES DE REUNION EN UN MISMO PUNTO DE ENCUENTRO POR TANTO LOS 350 BENEFICIARIOS NO SON ATENDIDOS EN ESTOS ESPACIOS SIN EMBARGO REFIEREN LOS PROFESIONALES QUE LAS PEDAGOGIAS NO LAS LLEVAN AL HOGAR PARA DAR CUMPLIMIENTO SE PEMITE NUEVA PROPUESTA OPERATIVA POR CAFAMAZ ACORDE A LAS OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR EQUIPO DE APOYO REGIONAL Y DIRECCION DE NUTRICION |
| 5. Ejecutar la contraprestación en el contexto y valor estipulados y de acuerdo con las calidades acordadas en el primer comité técnico operativo presentando para ello los soportes y evidencias solicitados por la supervisión del contrato y cuya ejecución deberá iniciarse máximo durante los primeros 60 días de la prestación del servicio | SI | RADICACION INFORME MENSUAL FINANCIERO CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE PRESENTA EJECUCION EN MARZO POR CONCEPTO DE ARRIENDO DE INMUEBLE PARA ATENCION EN LA UNIDAD DE PUERTO NARIÑO, PAGO DE HONORARIO AL PEDAGOGO ADICIONAL PARA ESTA UNIDAD DE SERVICIO EJECUCION DEL SEMINARIO EN ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE PARA 34 PARTICIPANTES |
| 6. Firmar las actas de visitas de auditorías de calidad, visitas de inspección vigilancia y control, visitas de supervisión contractual y de seguimiento a la implementación de la Guía Operativa y demás que surjan de actividades de vigilancia y control del ICBF. | SI | FORMATO INFORME DE SUPERVISION MARZO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | |
| 7. Permitir el ingreso y permanencia de los profesionales del ICBF durante el tiempo que sea necesario para la realización de las visitas de auditoría de calidad, visitas de inspección vigilancia y control, visitas de supervisión contractual y de seguimiento a la implementación de la Guía Operativa y las que surjan de otras actividades de vigilancia y control del ICBF. | SI | FORMATO INFORME DE SUPERVISION MARZO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE DA CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL OPERADOR EN LAS ACCIONES DE SUPERVISION AL ACCESO SIN PROBLEMA DE INFORMACION |
| 8. Responder el 100% de los requerimientos realizados por el supervisor del contrato en el plazo indicado por este suministrando para ello los soportes que demuestren el cumplimiento de la obligación contractual sobre la cual se hace el requerimiento. | N/A | N/A | N/A | NO SE PRESENTAN |
| 9. Asistir a los comités técnicos operativos, garantizando la participación del Representante Legal de EL CONTRATISTA o su delegado (este último mediante poder escrito que indique que se encuentra facultado para la toma de decisiones que se den en el marco del comité), para la implementación, el seguimiento, monitoreo y evaluación de la ejecución del contrato. | SI | ACTAS DE COMITÉ TECNICO OPERATIVO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE PRESENTA EL REPRESENTANTE LEGAL PERO CON TIEMPO LIMITADO AL COMITÉ PROGRAMADO PARA 3 HORAS Y SOLO PERMANECE 1 HORA |
| 10. Informar al supervisor y a las autoridades competentes de manera inmediata y oportuna las situaciones atípicas o extraordinarias presentadas durante la prestación del servicio que pongan en riesgo el cumplimiento del objeto contractual o la vida y la integridad de los usuarios | N/A | N/A | N/A | NO SE PRESENTAN |
| **G. OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL CONTRATO** | | | | |
| 1. Garantizar que los recursos aportados por EL ICBF y EL CONTRATISTA sean utilizados para el financiamiento de las actividades previstas en el desarrollo del objeto de presente contrato, de conformidad con los lineamientos y normas técnicas del ICBF | SI | LEGALIZACION DE CUENTA FINANCIERA CUARTO DESEMBOLSO MARZO - FACTURACION ELECTRONICA - REMISIONES - COTIZACIONES - CERTIFICACION REVISOR FISCAL | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | ACORDE A LO APORTADO EN EL INFORME FINANCIERO QA CUENTA QUE LOS RUBROS DE LA ESTRUCTURA DE COSTOS SON EJECUTADOS EN SU GRAN MAYORIA PARA FINES DEL OBJETO DEL CONTRATO |
| 2. Disponer de una cuenta de ahorro a la cual se consignará en una cuenta maestra con la cual se llevará en el mismo exclusivo de los recursos aportados por el ICBF para la ejecución del presente contrato. El CONTRATISTA se compromete a entregar al ICBF debidamente diligenciado y firmado el formato de Autorización para abono directo en cuenta de aportes de uso exclusivo de los recursos aportados por el ICBF, anexando certificación bancaria con fecha de la expedición de la cuenta. El CONTRATISTA presenta una cuenta bancaria que haya utilizado previamente para el manejo de recursos propios, deberá estar certificada por parte del Banco con saldo cero. | SI | CERTIFICACION BANCARIA EMITIDA EN EL PROCESO CONTRACTUAL | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE APORTA POR PARTE DE CAFAMAZ LA CERTIFICACION BANCARIA DE CREACION DE CUENTA NUEVA PARA EL CONTRATO 910011629925 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2020 BANCO BBVA No. 910900713 AHORROS |
| 3. Reintegrar los recursos apartados y no ejecutados a que se refieren los gastos diferentes a los rendimientos dentro de los cinco(5) días siguientes a la terminación del contrato en el plazo indicado por este suministrando para ello los soportes que demuestren el cumplimiento de la obligación contractual sobre la cual se hace el requerimiento. | NA | N/A | NO APLICA | |
| 4. Reintegrar los rendimientos financieros de los recursos aportados por EL ICBF de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF | SI | LEGALIZACION DE CUENTA FINANCIERA CUARTO DESEMBOLSO MARZO - FACTURACION ELECTRONICA - PICHERO BBVA | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE EMITE PICHERO DEL BBVA CON EL REINTEGRO DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS DEL MES DE FEBERO |
| 5. 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 contengos rendimientos financieros, multas o cualquier otro se causen a favor de EL ICBF en razón a la ejecución del contrato acorde con las indicaciones impartidas por el supervisor. El CONTRATISTA puede autorizar que el ICBF descuente del saldo a favor el valor correspondiente al contengo que se llegare a causar. En el caso en que EL CONTRATISTA no reintegre la autorice el descuento del recurso el supervisor de contrato puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato o de la realización del último pago | NO | LEGALIZACION DE CUENTA FINANCIERA CUARTO DESEMBOLSO MARZO - FACTURACION ELECTRONICA - PICHERO BBVA | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SOLO SE EVIDENCIA LOS RENDIMIENTOS FINANCIERO EN EL INFORME FINANCIERO ENTREGADO EL 10 DE ABRIL 2126 |
| 6. Cumplir de manera oportuna con la ejecución de los conceptos de gasto establecidos en la estructura de costos tanto para los aportes de EL CONTRATISTA como para los aportes de EL ICBF, destinando los recursos bajo su única y exclusiva responsabilidad con ocasión de la ejecución del contrato exclusivamente para los gastos que demanden el cumplimiento del objeto de este | SI | LEGALIZACION DE CUENTA FINANCIERA CUARTO DESEMBOLSO MARZO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE EVIDENCIA EN LA ENTREGA DEL INFORME QUE EJECUTAN LOS RECUSOS DE LA ESTRUCTURA DE COSTOS, SIN EMBARGO SE SOLICITA SUBSANACION DE FACTURAS ELECTRONICAS DE GASTOS OPERACIONALES Y FIJOS, DADO QUE NO SE ESPECIFICA DE MANERA CLARA LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FECHAS RECORRIDOS PAPELERIA E IMPRESIONES QUE NO CORRESPONDE O EXCESO DE MATERIAL COMO RESMAS DE PAPEL ESTAS INVERSIONES QUEDAN SUJETAS A REVISION DE SUBSANACIONES Y SI NO CUMPLE CRITERIOS SE REALIZARAN REINTEGROS A FAVOR DE ICBF EN EL PROXIMO PAGO |
| 7. Garantizar que el concepto de gasto asociado con los costos operativos de la Unidad de Servicio sea dirigido conforme a las disposiciones que establezca la supervisión del contrato.<br><br>PARÁGRAFO PRIMERO. En relación con la cuenta bancaria maestra se deben tener en cuenta las características mínimas de selección y la operatividad de la cuenta que establezca el ICBF de acuerdo con lo exigido en la Resolución 1455 del 24 de febrero de 2020 modificada posteriormente por la Resolución 5300 del 4 de noviembre de 2020.<br><br>PARÁGRAFO SEGUNDO. En caso de que la entidad bancaria en la que esté radicada la cuenta a que se refiere el presente clausula mencionada cuenta maestra, esta obligación de EL CONTRATISTA realizar los trámites pertinentes de apertura ante una entidad bancaria que le preste y sea de su elección.<br><br>PARÁGRAFO TERCERO. Una vez sea comunicada a EL CONTRATISTA la obligación de realizar la apertura o convertir a una cuenta maestra dentro de términos perentorios de hasta ocho (8) días hábiles para hacer el trámite y entregar la evidencia documental al supervisor del contrato so pena de las actuaciones administrativas a las que haya lugar. | SI | LEGALIZACION DE CUENTA FINANCIERA CUARTO DESEMBOLSO MARZO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE EJECUTA EL PRESUPUESTO DE LA ESTRUCTURA DE COSTOS PARA MARZO CON SOPORTE DE SOLO 288 BENEFICIARIOS DADO QUE 2 SON INGRESADOS AL PROGRAMA SIN CUMPLIR CRITERIOS SIN GASTOS DE COMUNICACIONES NI ASEO |
| **H. OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1. Contratar y garantizar durante la ejecución del contrato, los equipos interdisciplinarios para cada Unidad de Servicio integrados de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos operativos del servicio. EL CONTRATISTA deberá tener en cuenta las características y orientaciones establecidas en los documentos técnicos operativos para la contratación del talento humano donde se atienda desde la diversidad con enfoque diferencial y la dedicación para el cumplimiento de las acciones y actividades descritas en dichos documentos. | SI | INFORME FINANCIERO DE MARZO - CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL - RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_moreno_icbf_gov_co/Documents/2020/CONTRATOS/2020102202252/2DR %20NUTRICION/6.%20TALENTO%20HUMANO?csf=1&web=1&e=Ongbgr | MEDIANTE EL INFORME FINANCIERO SE EVIDENCIA QUE EL TALENTO HUMANO SIGUE CONTRATADO COMPLETO SEGUN ESTRUCTURA DE COSTOS Y REGISTROS DE PAGOS EN EL MES DE MARZO AL TH POR PARTE DEL OPERADOR |
| 2. Remitir a la Supervisión del contrato, previo al inicio de la atención a los usuarios las hojas de vida del talento humano que se tenga dispuesto para la prestación del servicio contratado, asegurando el pago de las mismas cuando se realice cambio del talento humano. En caso de requerir practicar el tamizaje humano preservando únicamente para la atención del servicio contratado el cambio deberá ser aprobado previo producto y análisis del Comité Técnico Operativo. | SI | HOJAS DE VIDA DEL TH A CONTRATAR, ORDENES DE SERVICIO SUSCRITAS ENTRE CAFAMAZ Y CONTRATISTAS DE PRESTACION DE SERVICIOS, CORREO ELECTRONICO DE CADA H.V. EN ENERO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL - RUTA SHAREPOINT https://icbfgob-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/martha_moreno_icbf_gov_co/Documents/2020/CONTRATOS/2020102202252/2DR %20NUTRICION/6.%20TALENTO%20HUMANO?csf=1&web=1&e=Ongbgr | MEDIATE CORREO ELECTRONICO EL 8 DE ENERO SE EMITE PROPUESTA DEL TALENTO HUMANO Y SE VERIFICA CADA HV. Y SE PROCEDE A DAR AVAL EL 8 DE ENERO DE 2021 LA CONTRATACION DE LOS PERFILES PRESENTADOS PARA INICIO DE OPERACIÓN Y ELIO EN COMITÉ TECNICO OPERATIVO SE APRUEBA PROPUESTA. |
| 3. Pagar oportuna y adecuadamente los salarios o los honorarios correspondientes dependiendo de la forma de vinculación del personal que vincule para la ejecución del presente contrato y cesar tal mencionado en los soportes al supervisor de contrato | SI | INFORME FINANCIERO DE MARZO - CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | MEDIANTE EL INFORME FINANCIERO SE EVIDENCIA QUE EL TALENTO HUMANO SIGUE CONTRATADO COMPLETO SEGUN ESTRUCTURA DE COSTOS Y REGISTROS DE PAGOS EN EL MES DE MARZO AL TH POR PARTE DEL OPERADOR |
| **I. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON LA DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO** | | | | |
| 1. Suscribir acta de recibo de los bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos en el marco del presente contrato con recursos del ICBF, con el fin de cumplir con el procedimiento para la gestión de bienes definido por el ICBF. Adicionalmente informará de manera inmediata al supervisor con copia al enlace/par de gestión una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con las correspondientes facturas | SI | APLICATIVO SEVEN, FACTIRA DE COMPRA Y ACTAS DE INVENTARIO | APLICATIVOS ALMACEN ICBF | LOS BIENES ADQUIRIDOS CON RECURSO DE ICBF SON EQUIPOS ANTROPOMETRICOS COMPRADOS POR CAFAMAZ EN LA VIGENCIA 2020 MES DE AGOSTO, PARA LO CUAL EN EL CONTRATO ACTUAL ENTRAN A BODEGA DE USADOS Y CARGADOS A LA SUPERVISORA, ENTREGADOS OS NUEVO AL OPERADOR PARA ADMINISTRAR Y USOS EN LA OPERACION SE ENTREGA FACTURACION INVENTARIO Y ELEMENTOS EN FISICO PARA PALQUETEAR Y VER ESTADO ACTUAL |
| 2. Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del contrato conforme al uso legítimo autorizado | SI | VISITAS DE SUPERVISION - EQUIPOS ANTROPOMETRICOS FORMATOS DE VISITAS DE SUPERVISION, REGISTRO FOTOGRAFICO E INFORMES TECNICOS | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | SE EVIDENCIA EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS Y EQUIPOS ANTROPOMETRICOS EN SUPERVISION DEL MES DE MARZO, CON BASCULA DE PISO DESCALIBRADA, SE SOLCITA LLEVARLA A ICBF PARA REVISAR EL ESTADO DE CALIBRACION PERO NO SE ATIENDE LA RECOMENDACIÓN |
| 3. 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 as decir, velar por la conservación de los bienes entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato y Restituir los bienes muebles que sean adquiridos con recursos del ICBF para la ejecución del contrato | NO | N/A | N/A | SE SOLICITA QUE ENTREQUEN LA BASCULA DE PISO DESCALIBRAS EN LA UNIDAD DE PUERTO NARIÑO PERO NO SE ATIENDE LA SOLICITUD DE LA NUTRICIONISTA DE ICBF, SOLO ENTREGAN LA DE LETICIA CON LA QUE SE CORROBORA CALIBRACION |
| 4. Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del contrato, evitando que sean perfeccionados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perfeccionamiento a la tenencia de estos debe informar al ICBF en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho. | SI | INFORME TECNICO MARZO - CUARTO DESEMBOLSO | EXPEDIENTE CONTRACTUAL | NO SE REPORTAN CASOS PARA ESTE ITEM POR PARTE DEL OPERADOR Y EN LAS VISITAS DE SUPERVISION SE EVIDENCIA LA TENENCIA DE DICHOS EQUIPOS ANTROPOMETRICOS CUSTODIADOS POR CAFAMAZ |
| Elaborar en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación adquiridos. Estos bienes serán adquiridos por alguna de las siguientes dos maneras: i) bienes adquiridos con recursos de ICBF y ii) bienes recibidos previamente del uso en acta mobiliario o por otro Contratista del ICBF (para ambos casos serán recibidos en contrato por EL CONTRATISTA). En todo caso el supervisor del contrato deberá realizar el respectivo procedimiento de registro y egreso de bienes que establezca el ICBF, de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos, operativos y procedimientos emitidos por el ICBF. | SI | INVENTARIOS DIGITALES - ACTAS | APLICATIVO SEVEN - EXPEDIENTE CONTRACTUAL | INVENTARIO CON CREACION DE BODEGA DE USADOS A CARGO DE LA SUPERVISORA Y ENTREGADOS PARA USO DEL OPERADOR CON EQUIPOS PLAQUETEADOS Y REVISION DE ESTADO ACTUAL |
| **J. OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA RELACIONADAS CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL – AAVN** | | | | |
| 1. Disponer a su costa de las puntos físicos que correspondan a áreas administrativa y bodega para el almacenamiento de los AAVN dentro de los diez (10) días calendario siguientes al cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento del contrato de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos del servicio y la Guía de Almacenamiento en Puntos de Entrega de Alimentos de Alto valor Nutricional del ICBF, lo cual se verificará por la supervisión del contrato en el sitio de alistamiento | SI | CUMPLE | N/A | EL OPERADOR CUMPLE CON PUNTO FISICO EN EL MUNICIPIO DE LETICIA EN PERFECTAS CONDICIONES |
| 2. 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, nombre de quien atenderá en este punto). Así mismo informar oportunamente los cambios de los datos de punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes. | SI | CUMPLE | APLICATIVO SIM | EL OPERADOR BRINDO AL INICIO DEL CONTRATO DATOS DEL PUNTO DE ENTREGA PRIMARIO Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE RESPONSABLE PRIMARIO Y SECUNDARIO |
| 3. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente contrato y suministrar de la alimentación a las niñas niños y adolescentes usuarios del servicio de conformidad con las directrices lineamientos normas y procedimientos establecidos por el ICBF | SI | LISTADO DE ENTREGA DE AAVN A LOS BENEFICIARIOS | INFORME MENSUAL | EL OPERADOR DE MANERA MENSUAL NOS ADJUNTA EN EL INFORME DE ACTIVIDADES LOS LISTADOS DE ENTREGA DE AAVN, PERO NO REALIZA EL CARGUE EN LA RUTA BRINDADA POR EL IBF |
| 4. Abstenerse de 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 | SI | SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO POR LOS LISTADOS DE ENTREGA Y EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS | N/A | SE EVIDENCIA MEDIANTE FORMATO DE ENTREGA A BENEFICIARIO QUE LO ENTREGADO POR PARTE DEL ICBF ES LO CORRESPONDIENTE A LAS ENTREGAS DEL PROGRAMA DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR |
| 5. 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 | SI | ACTA DE ENTREGA | ACTA DE ENTREGA | EL OPERADOR RECIBE DE MANERA OPORTUNA EL PRODUCTO Y LO ALMACENA EN LA BODEGA DE AAVN CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO PARA DAR CUMPLIMIENTO |
| 6. Informar al ICBF oportunamente como máximo en día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la calidad y cantidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos así como las faltas 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 | SI | CORREO ELECTRONICO | CORREO ELECTRONICO | EL OPERADOR INFORMA MEDIANTE CORREO ELECTRONICO A LA REFERENTE DE AAVN REGIONAL CUALQUIER DUDA EN RELACION AL PRODUCTO Y SE BRINDAN LAS ORIENTACIONES NECESARIAS |
| 7. 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 | SI | INFORME DE CUMPLIMIENTO MENSUAL | NO SE EVIDENCIA CARGUE EN LA RUTA | EL OPERADOR REALIZA OPORTUNAMENTE LAS ENTREGAS DE ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A LOS BENEFICIARIOS |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9. 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 e 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 presentarlos 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. | NO | FORMATO ANEXO 57 FORMATO CONTROL INVENTARIO UNIDAD EJECUTORA | NO SE EVIDENCIA CARGUE EN LA RUTA | EL OPERADOR NO TIENE CARGUE DE LOS FORMATOS EN LA RUTA BRINDADA POR PARTE DEL ICBF PARA SU SEGUIMIENTO MENSAUL |
| 10. Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la vocación del AAVN | NO | N/A | N/A | EN VISITA DE SUPERVISION REALIZADA POR SUPERVISORA DEL PROGRAMA MARTHA LUCIA MORENO SE EVIDENCIO QUE EL OPERADOR NO ESTA CUMPLIENDO CON LA MANERA ADECUADA DE TRANSPORTAR EL AAVN |
| 10. 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 | SI | ACTA DE ASISTENCIA TECNICA LISTADO DE ASISTENCIA | N/A | el ICBF brindo asistencia tecnica al operador CAFAMAZ y asistieron de manera oportuna durante el mes de marzo |
| 11. 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 le convoque el partre del ICBF | NO | N/A | N/A | En el mes de marzo no se realizo por parte del operador actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los alimentos de alto valor nutricional |
| 12. Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o pérdidas por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida teniendo en cuenta el precio de mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse obsequio de Alimento de Alto Valor Nutricional. | N/A | N/A | N/A | EN EL MES DE MARZO NO SE CANCELO AL ICBF POR PARTE DEL OPERADOR NINGUN ALIMENTO DE AAVN DADO A QUE NO SE PRESENTARON DAÑOS NI VENCIMIENTOS |
| 13. Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF a la interventoría del contrato/convenio de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de cada una de las observaciones a que haya lugar. Así mismo dar firme 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. | SI | FORMATO DE SUPERVISION | SE REALIZA CARGUE BRINDADO POR LA SEDE OESOE EL AREA DE NUTRICION | EL OPERADOR CAFAMAZ ATIENDE LAS VISITAS QUE EL ICBF CA EN SU CALIDAD COMO REFERENTE DE AAVN Y APOYO A LA SUPERVISION |
| 14. Reubicar 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 al finalizar el plazo de ejecución del contrato de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.<br><br>PARAGRAFO: Se entiende como Alimentos de Alto valor Nutricional los productos y distribuidos por el ICBF como complemento a la alimentación que se brinda a los usuarios de los programas y modalidades de atención. Estos son Bienestarina Más®, Bienestarina® clásica, alimento para mujer gestante y madre en periodo de lactancia, o ellos que el ICBF establezca. | N/A | N/A | N/A | EN EL MES DE MARZO NO SE DIO REDISTRIBUCION POR PARTE DEL OPERADOR YA QUE NO SE PRESENTO NI REPORTARON SALDOS DE AAVN |

*(g) El Supervisor debera registrar todas las obligaciones contenidas en actividades correspondiente con esta actuvidad.*

*(h) Si el supervisor señala "si" en esta casilla en cumplimiento a una obligación dentro de una de las informes periódicos deberá indicar las razones por las cuales no son y qué acciones se han tomado sobre de su incumplimiento. Si el reporte de no cumplimiento se presenta en el informe Final de Supervisión el supervisor deberá allegar copia y presentar soporte de las acciones adelantadas frente al hecho. Si el supervisor señala que una obligación fue ordenada judicial por que no se ejecuto y como esto no constituye un posible incumplimiento Si el supervisor señala que una obligación esta PENDIENTE en el informe Final de Supervisión se deberá señalar las acciones administrativas frente a mismo. Si el supervisor señala que una obligación es PARCIAL en el informe Final de Supervisión se deberá señalar el porcentaje de ejecución realizado y el porcentaje de cumplimiento y deberá establecer el plazo para su cumplimiento e indicar los documentos que dieran cumplimiento a dicha obligación*

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

*(j) El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier informe hecho que considere relevante relacionado con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio*

**15. Seguimiento a matriz de riesgos**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio? | | | SI | X | NO |
| Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia? | | | SI | X | NO |
| Detalle cuál(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia | Fallas en la logística y organización que afecten la ejecución del contrato | | Dificultades para cumplir con la entrega de los productos en el plazo establecido en el contrato | | |
| Observaciones adicionales | SE EVIDENCIA LA CONSTANTE DE REGISTROS SIN CALIDAD DEL 100% COMO LO EXIGE LA GUIA OPERATIVA PARA EVITAR MORTALIDADES O DESMEJORAMIENTO NUTRICIONAL EN LOS BENEFICIARIOS DE IGUAL MANANERA EL PROGRAMA NO SE ESTA DESARROLLANDO EN SUS ENCUENTROS FAMILIARES COMUNITARIOS COMO LO EXIGE LA MISMA GENERANDO COSTOS ADICIONALES DE GASTOS OPERATIVOS SIN EMBARGO CONTRACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA UN SOPORTE JURIDICO PARA REALIZAR DEDUCIBLES O FORMULA PARA REALIZAR DEDUCCIONES PARCIALES EXISTEN VACIOS CONTACTUALES QUE NO RESPALDAN AL SUPERVISOR PARA TOMAR ACCIONES DE PAGOS PARCIALES ANTE LA IDENTIFICACION DE MALOS REGISTROS ENTRE FISICOS Y APLICATIVO CUENTAME POR TANTO SE DEBEN REALIZAR PAGOS COMPLETOS | | | |

** Si un riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General.*

**16. Certificación**

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

**Fecha emisión de informe** 11 DE ABRIL 2026

Firma
**Nombre Supervisor: Martha Lucia Moreno Castaño**
**Cargo Supervisor**

Firma FERNANDA RAMOS
**Nombre Legalizador de cuentas Laura Fernanda Ramos Castro**
**Cargo Apoyo financiero**

Firma
**Nombre Revisor Técnico Kelly Johanna España Velasquez**
**Cargo Revisor Técnico, Nutricionista Regional**

Firma
**Nombre otro revisor**
**Cargo otro revisor**

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



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