BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS PARA EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR	F18.MT2.PP	12/06/25
		Versión 1	Página 1 de 6
		Clasificación de la Información: Pública	

1. Información General

Regional	BOGOTÁ			Centro Zonal	CIUDAD BOLÍVAR		
Entidad Administradora del Servicio	COOPERATIVA MULTIACTIVA DE MERCADOS CAMPESINOS - COOPYMERCK			Municipios donde se presta el servicio	BOGOTÁ D.C.		
N° del contrato	11018442026	Fecha de legalización del contrato	11/02/26	Valor del contrato incluidas modificaciones	$ 3.830.579.602	SEIS MESES, 12 DÍAS	Desde: 16/02/26
Servicio Contratado	Educación Inicial en el Hogar - Modalidad Familiar Comunitaria	Cupos contratados	2610				Hasta: 31/08/26

2. PRESUPUESTO

PERÍODO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL APORTES DEL CONTRATO
2.1. Ingresos														
RECURSOS ICBF	Porcentaje de desembolso	0%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	14%	0%	0%	0%	0%	**100%**
	Monto del desembolso	$0	$516.586.860	$516.586.860	$516.586.860	$516.586.860	$516.586.860	$516.586.860	$516.586.860	$0	$0	$0	$0	**$3.616.108.020**
RECURSOS CONTRAPARTIDA Y/O VTA	Monto del desembolso													**$0**
RECURSOS POR COFINANCIACIÓN	Monto del desembolso													**$0**

ORIGEN DE LOS RECURSOS DEL CONTRATO	VALOR	% DE PARTICIPACIÓN
TOTAL APORTES ICBF	$3.830.579.602	98%
TOTAL APORTES CONTRAPARTIDA	$76.611.592	2%
TOTAL RECURSOS POR COFINANCIACIÓN	$0	0%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$3.907.191.194	100%

2.2. Gastos

Componentes	Rubro	Modalidades a las que aplica	NECESIDADES DE PERSONAL/CUPOS	UNITARIOS ATENCIÓN	UNITARIOS FASE PREPARATORIA	VALOR FASE PREPARATORIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	VALOR FASE PREPARATORIA	TOTAL APORTES ICBF
2.2.1. Costos Fijos																				
TALENTO HUMANO	COORDINADOR/A	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	AGENTE EDUCATIVO PERFIL 2	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PERFIL 1	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 1	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 2	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	AUXILIAR PEDAGÓGICO	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
TRANSPORTE	APORTE PARA DESPLAZAMIENTO TH	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
SEGURO	SEGURO NIÑOS (POLIZAS)	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
DOTACIÓN DE CONSUMO	MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO Y PAPELERÍA	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
	DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL E INSTITUCIONAL	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA																		**$0**
SUBTOTAL						**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
2.2.2. Costos Variables																				
ALIMENTACIÓN	VALOR RPP * ESTE RUBRO SE UTILIZARÁ DE MANERA ECEPCIONAL DE ACUERDO CON ORIENTACIONES DE LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA	$ 184.577					$481.745.970	$481.745.970	$481.745.970	$481.745.970	$481.745.970	$481.745.970	$481.745.970						**$3.372.221.790**
	VALOR REFRIGERIO	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA	$ 13.349					$34.840.890	$34.840.890	$34.840.890	$34.840.890	$34.840.890	$34.840.890	$34.840.890						**$243.886.230**
SUBTOTAL						**$0**	**$0**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$3.616.108.020**
PRESUPUESTO INICIAL APROBADO						**$0**	**$0**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$3.616.108.020**
AHORROS POR PERÍODO																				**$0**
INEJECUCIONES POR PERÍODO																				**$0**
TOTAL PRESUPUESTO REAL APROBADO						**$0**	**$0**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$516.586.860**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$3.616.108.020**

DIFERENCIA INGRESOS FRENTE A EGRESOS	$214.471.582

OBSERVACIONES

ANDREA CAROLINA NÚÑEZ NIETO
Contadora Pública
T.P. 263916-T

Firma Contador y/o tesorero

ALONSO MORENO BOGOTÁ

Firma del Representante Legal

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS PARA EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR	F18.MT2.PP	12/06/25
		Versión 1	Página 2 de 6
			Clasificación de la Información: Pública

2. RECURSOS EJECUTADOS PAGADOS Y POR PAGAR

NOMBRE DEL SERVICIO						No. CONTRATO	11018442026	VALOR ACTUAL	3830579602	PERIODO A REPORTAR		Mayo
CONFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE ÍTEMS			VALOR FASE PREPARATORIA	PRESUPUESTO APROBADO PARA EL PERÍODO	MÁS EJECUCIÓN REPROGRAMADA PERÍODO ANTERIOR	VALOR TOTAL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA EL PERÍODO	EJECUCIÓN DEL PERÍODO INCLUYE VALORES PAGADOS Y POR PAGAR Y PROVISIÓN PRESTACIONES	EJECUCIÓN PROGRAMADA PARA EL SIGUIENTE PERÍODO	SALDO DE EJECUCIÓN EN EL PERÍODO	VALOR AHORROS DEL PERÍODO	VALOR INEJECUCIONES DEL PERÍODO	VALOR DE LA CARGA PRESTACIONAL EN EL PERÍODO
			COSTOS FIJOS									
COSTOS VARIABLES												
ALIMENTACIÓN	VALOR RPP * ESTE RUBRO SE UTILIZARÁ DE MANERA EXCEPCIONAL DE ACUERDO CON ORIENTACIONES DE LA DIRECCIÓN DE PRIMERA INFANCIA	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA		$795.711.447		$795.711.447	$420.281.829		$375.429.618		$375.429.618	
	VALOR REFRIGERIO	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA		$26.622.586		$26.622.586	$28.885.805		-$2.263.219		-$2.263.219	
	VALOR TOTAL COMPONENTE DE ALIMENTACION	MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA				$1.250.645	$1.320.120		-$69.475		-$69.475	
TOTAL COSTOS VARIABLES			**$0**	**$822.334.033**	**$0**	**$822.334.033**	**$449.167.634**	**$0**	**$373.166.399**	**$0**	**$373.166.399**	**$0**
TOTALES			**$0**	**$822.334.033**	**$0**	**$822.334.033**	**$449.167.634**	**$0**	**$373.166.399**	**$0**	**$373.166.399**	**$0**

OBSERVACIONES

Firma Contador y/o tesorero

ALONSO MORENO BOGOTA

Firma del Representante Legal

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS PARA EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR	F18.MT2.PP	12/06/25
		Versión 1	Página 3 de 6
		Clasificación de la Información: Pública	

1. Información General

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO		No. DEL CONVENIO O CONTRATO	11018442026	VALOR DEL CONVENIO O CONTRATO	3830579602

2. SEGUIMIENTO AL USO DE LOS APORTES

DESCRIPCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
VALOR INGRESO DE APORTES PARA EL PERÍODO			$822.334.033	$448.316.786	$449.167.634							
VALOR OTROS INGRESOS												
MÁS SALDO DE APORTES DEL PERÍODO ANTERIOR		$0	$210.839.687	$373.166.399	$821.483.185	$1.270.650.819	$1.270.650.819	$1.270.650.819	$1.270.650.819	$1.270.650.819	$1.270.650.819	$1.270.650.819
TOTAL APORTES PARA EL PERÍODO	**$0**	**$0**	**$1.033.173.720**	**$821.483.185**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**
VALOR PAGOS DURANTE EL PERÍODO CON APORTES DEL ICBF												
CUENTAS POR PAGAR CAUSADAS EN EL PERÍODO				$448.316.786	$449.167.634							
CUENTAS POR PAGAR CANCELADAS EN EL PERÍODO												
PAGO CON CARGO A LA PROVISIÓN PRESTACIONAL												
PAGO RETENCIÓN EN LA FUENTE, IVA, OTROS IMPUESTOS												
OTROS PAGOS REALIZADOS EN EL PERÍODO												
SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERÍODO	**$0**	**$0**	**$1.033.173.720**	**$821.483.185**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**	**$1.270.650.819**
SALDO SEGÚN EXTRACTO EN EL PERÍODO				$397.524								
DIFERENCIAS	**$0**	**$0**	**$0**	**-$821.085.660**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
VALOR CARGA PRESTACIONAL DEL PERÍODO												
CARGA PRESTACIONAL ACUMULADA	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

DESCRIPCION	REGISTRO CONSIGNACION DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS												TOTAL
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS SEGÚN EXTRACTO				$4.055									**$4.055**
VALOR CONSIGNADO				$4.055									**$4.055**
FECHA DE LA CONSIGNACIÓN				07/05/2026									
No. DE COMPROBANTE DE LA CONSIGNACIÓN				178365									
PERÍODO EN EL QUE SE GENERARON LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS				1 al 30 abril de 2026									
												DIFERENCIA	**$0**

OBSERVACIONES

Firma del Contador o tesorero de la empresa

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

INFORME FINANCIERO
MODALIDADES: EIH - FAMILIAR Y COMUNITARIA
6. CONTRAPARTIDA

DETALLES DE LA EJECUCION DE LA CONTRAPARTIDA Y/O COFINANCIACION PROPUESTA

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALOR PRESUPUESTADO	CONCEPTO DEL RECURSO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	VALOR EJECUTADO A LA FECHA	SALDO POR EJECUTAR
GESTOR DE ALIMENTOS		$25.800.000	Personal			$3.300.000	$4.500.000	$4.500.000								$12.300.000	$13.500.000
NEVERAS PORTÁTILES		$4.713.500	Bienes entregables a UDS			$4.713.500										$4.713.500	$0
GELES REFRIGERANTES		$1.034.000	Bienes entregables a UDS			$517.000										$517.000	$517.000
KIT ANTROPOMETRICO		$25.845.606	Bienes entregables a ICBF Regional Bogotá					$25.845.606								$25.845.606	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
																$0	$0
TOTAL APORTE		**$57.393.106**		**$0**	**$0**	**$8.530.500**	**$4.500.000**	**$30.345.606**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$43.376.106**	**$14.017.000**

Alonso Moreno Bogota
Firma del Representante Legal

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS PARA EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR**		**F18.MT2.PP**	**12/06/25**
			Versión 1	**Página 5 de 6**
			Clasificación de la Información: Pública	

CONCILIACIÓN BANCARIA

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:	COOPYMERCK	NIT:	830142259-0	
ENTIDAD BANCARIA:	BAMCP CAJA SOCIAL	OFICINA:	CORABASTOS	
TIPO DE CUENTA:	AHORROS - MAESTRA		PERÍODO	ABRIL
NÚMERO DE CUENTA:	24153537813			

DESCRIPCIÓN	**VALOR SEGÚN REPORTE ICBF**	**VALOR SALDO EXTRACTO**
*** SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERÍODO**		
SALDO EXTRACTO BANCARIO		$ -
DIFERENCIA A CONCILIAR		$ -
DETALLE DE LA CONCILIACIÓN		**MOVIMIENTOS**
VALOR CONCILIADO		**$0**
BALANCE DE LA CONCILIACIÓN		**$0**

*** ESTE VALOR CORRESPONDE AL RESULTADO OBTENIDO EN LA CELDA "SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERÍODO" DEL FORMATO SEGUIMIENTO AL USO DE LOS APORTES.**

OBSERVACIONES

ANDREA CAROLINA NÚÑEZ NIETO
Contadora Pública
T.P. 253976-T

Firma Contador y/o tesorero

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

RACIONES ENTREGADAS DURANTE EL MES DE MAYO, COMPR

CENTRO ZONAL	MODALIDAD	ATENCIÓN	UDS	CUPOS CONTRATADOS	RPP ENTREGADAS		
					6 Meses	1 año	Gestantes Lactantes
CIUDAD BOLÍVAR	FAMILIAR Y COMUNITARIA	DIRECTA - ICBF	ARBORIZADORA A.	200	41	53	66
			CASA DE TEJA	300	71	97	106
			ESTANCIA	276	51	81	88
			ESTRELLA	249	39	62	80
			ESTRELLA 2	300	51	75	115
			LIMONAR	150	38	52	60
			POTOSI	297	60	85	100
			VISTA HERMOSA	297	52	103	110
		OPERADOR - PROTERNURA	JERUSALÉN	221	54	79	88
			SANTO DOMINGO	160	33	67	60
			SIERRA MORENA	160	46	53	61
TOTAL				**2.610**	**536**	**807**	**934**

SE SOPORTÓ CON FACTURA No BF 34

A ALIMENTOS Y LOGÍSTICA DE DISTRIBUCIÓN

RLC ENTREGADOS			CONCEPTO			TOTAL EJECUTADO ABRIL
6 Meses	1 año	Gestantes Lactantes	ALIMENTOS (RPP)	ALIMENTOS (RLC)	DISTRIBUCIÓN LOGÍSTICA	
165	213	226	$ 17.719.392	$ 2.015.699	$ 11.812.928	$ 31.548.019
250	362	344	$ 30.344.459	$ 3.190.411	$ 20.229.639	$ 53.764.509
186	298	255	$ 24.364.164	$ 2.466.228	$ 16.242.776	$ 43.073.168
135	218	230	$ 20.045.062	$ 1.945.617	$ 13.363.375	$ 35.354.054
207	320	396	$ 26.689.834	$ 3.080.282	$ 17.793.223	$ 47.563.339
156	202	207	$ 16.611.930	$ 1.885.546	$ 11.074.620	$ 29.572.096
229	342	340	$ 27.132.819	$ 3.040.235	$ 18.088.546	$ 48.261.600
198	387	352	$ 29.347.743	$ 3.127.003	$ 19.565.162	$ 52.039.908
206	322	304	$ 24.474.910	$ 2.776.592	$ 16.316.607	$ 43.568.109
132	270	198	$ 17.719.392	$ 2.002.350	$ 11.812.928	$ 31.534.670
170	228	212	$ 17.719.392	$ 2.035.723	$ 11.812.928	$ 31.568.043
2.034	**3.162**	**3.064**	**252.169.097**	**27.565.685**	**168.112.732**	**447.847.514**

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS -HI-
MODALIDAD INSTITUCIONAL

CONTRAPARTIDA Y COFINANCIACION
CONTRAPARTIDA
CONTRAPARTIDA LINEA D
VALORES TECNICOS AGREGADADOS
RECURSOS DE COFINANCIACION
OTRO

F7.XXXXX	XX/XX/2020
Versión: X	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

HOJA 1

HOJA 1: PRESUPUESTO

OBJETIVO
Dar a conocer en detalle el valor del presupuesto de ingresos y gastos presentado por el contratista de acuerdo a la estructura de la canasta.
FUENTE DE INFORMACION
El contrato debidamente perfeccionado con sus anexos principalmente el anexo técnico, propuesta del contratista, las modificaciones que impliquen adiciones, reducciones o cambios en la forma de pago o servicios a atender, la propuesta técnica presentada por el contratista con sus respectivas modificaciones y/o la autorización del comité técnico mediante la cual se aprobó el presupuesto.

1. Información General
Regional: Ingrese el nombre de la regional donde se desarrolla el contrato
Centro Zonal: Ingrese el nombre del centro zonal al cual pertenece la unidad o unidades de servicio donde se desarrolla el contrato.
Entidad Administradora del Servicio: Ingrese el nombre del operador a cargo de la prestación del servicio.
Municipios donde se presta el servicio: Ingrese el nombre del municipio donde presta el servicio directamente.
N° del contrato: Ingrese número de convenio o contrato.
Fecha de legalización del contrato: Ingrese la fecha en la cual se legalizó el convenio o contrato.
Plazo de ejecución: Ingresa las fechas de acuerdo a lo establecido en el convenio o contrato.
Modalidad de atención: Registre en esta casilla la modalidad sobre la cual está presentando el informe.
Cupos contratados: De acuerdo a la modalidad de atención (sin arriendo ó con arriendo) registre el número de cupos contratados. Contiene celda formulada para sumar el total de cupos contratados
Periodo sobre el cual reporta:
Desde: Registre la fecha de inicio del contrato.
Hasta: Registre la fecha final del contrato.

2. Presupuesto:

2.1 Ingresos:
Recursos ICBF
Porcentaje de desembolso: Esta fila refleja el flujo de pagos en términos porcentuales. Dejar en blanco cuando el contrato no tenga la información porcentual. Al final de los doce períodos encontramos la columna "TOTAL" que contiene la sumatoria de todos los valores del contrato incluidos sus

HOJA 2

HOJA 2: RECURSOS PAGADOS Y POR PAGAR

OBJETIVO
Dar a conocer en detalle el valor ejecutado por el contratista de acuerdo a la estructura de la canasta.

FUENTE DE INFORMACION
Soportes y comprobantes que sustentan los gastos causados en la prestación del servicio por parte del contratista

1. Información General
Regional: Ingrese el nombre de la regional donde se desarrolla el contrato
Centro Zonal: Ingrese el nombre del centro zonal al cual pertenece la unidad o unidades de servicio donde se desarrolla el contrato.
Entidad Administradora del Servicio: Ingrese el nombre del operador a cargo de la prestación del servicio.
Municipios donde se presta el servicio: Ingrese el nombre del municipio donde presta el servicio directamente.
N° del contrato: Ingrese número de convenio o contrato.
Fecha de legalización del contrato: Ingrese la fecha en la cual se legalizó el convenio o contrato.
Valor del contrato incluidas modificaciones: Ingrese en esta casilla el valor del contrato incluidas las modificaciones que hayan afectado financieramente el contrato inicial.
Plazo de ejecución: Ingresa las fechas de acuerdo a lo establecido en el convenio o contrato.
Cupos atendidos: De acuerdo al tipo de modalidad (sin arriendo o con arriendo) Registre el número de cupos atendidos en el periodo que está informando.
Periodo sobre el cual reporta:
Desde: Registre la fecha de inicio del periodo que reporta.
Hasta: Registre la fecha final del periodo que reporta.

2. RECURSOS EJECUTADOS PAGADOS Y POR PAGAR
COMPONENTES
Talento Humano, Infraestructura, Gastos Operativos, Seguros e infraestructura: Columna que relaciona los componentes de la canasta, costos fijos: talento humano, Infraestructura, Gastos Operativos, seguros e infraestructura. En cada uno de los periodos y para cada uno de los ITEMS que conforman los costos fijos, coloque el valor ejecutado para la prestación del servicio de acuerdo a los comprobantes y soportes de gasto. Al final de la fila se encuentra la columna "TOTAL" es una celda formulada que contiene la sumatoria de cada una de las filas de acuerdo a los ITEMS de este componente.

HOJA 3

HOJA 3: SEGUIMIENTO AL USO DE LOS APORTES

OBJETIVO
Dar a conocer el saldo periódico de los aportes girados por el ICBF el cual debe coincidir con los saldos del extracto bancario correspondiente al periodo informado.

FUENTE DE INFORMACION
- Relación periódica de pagos realizados por el ICBF
- Libro de bancos del sistema contable
- Auxiliar de costos del sistema contable
- Información del formato 3. REC. PAGADOS Y POR PAGAR

1. Información General
Entidad Administradora del Servicio: Ingrese el nombre del operador a cargo de la prestación del servicio.
N° del contrato: Ingrese número del contrato.
Valor del contrato: Registre en esta casilla el valor total del contrato incluidas todas las adiciones o reducciones.
COMPONENTE POR FILAS:
Descripción: Designa las celdas donde se registraran los conceptos que conforman la base del formato que debe ser relacionada periódicamente. En esta misma fila se encuentran las celdas para nominar cada uno de los periodos que comprenden el tiempo de ejecución del contrato. Las celdas inician con el mes de enero y al mismo tiempo que se va presentando la ejecución se ingresa en esta celda el nombre del mes respectivo, es necesario que cada que se va a relacionar un mes se ingrese el nombre de este para que se activen las fórmulas de las celdas hacia abajo.
COMPONENTE POR COLUMNAS:
Valor ingreso de aportes para el periodo: Registre en esta celda el valor de los aportes recibidos en el periodo por parte del ICBF.
Valor otros ingresos: Registre en esta celda el valor de los aportes recibidos en el periodo por conceptos diferentes a los desembolsos del contrato, pero que hacen parte de los recursos aportados por el ICBF pero que harán parte del presupuesto de gastos del contrato, ejemplo: devoluciones, transferencias anuladas, reintegros de nómina, etc.
Mas saldo de aportes del periodo anterior: Celda formulada que registra el valor de los aportes que vienen como saldo disponible del mes anterior.
Total aportes para el periodo: Celda formulada que registra el total disponible de los aportes girados por el ICBF
Valor Pagos Durante el Periodo con Aportes del ICBF: Registre en esta celda el valor de los recursos del ICBF utilizados para cubrir la ejecución del periodo.
Cuentas por pagar del periodo: Registre en esta celda las cuentas por pagar del periodo que hacen parte de la ejecución del periodo.
Cuentas por Pagar Canceladas en el Periodo: Registre en esta celda las cuentas por pagar canceladas durante el periodo.

HOJA 4

HOJA 4: CONTRAPARTIDA Y/O VTA Y RECURSOS DE COFINANCIACION

OBJETIVO
Dar a conocer en detalle el valor de la contrapartida y/o recursos de cofinanciación, que aportara el contratista indicando cada uno de los rubros que la componen, su valor inicial presupuestado, el valor ejecutado y el saldo final.

FUENTE DE INFORMACIÓN
Información contenida en la propuesta presentada por el contratista al ICBF o en el caso de los recursos de cofinanciación, la información reportada por la EAS.

Detalles de la ejecución de la contrapartida propuesta
Rubro: Corresponde al concepto presupuestal asignado por el contratista
Descripción: Corresponde al detalle del rubro por el cual se efectuará el gasto.
Valor Presupuestado: Corresponde al valor asignado para ser ejecutado de acuerdo con la propuesta inicial presentada por el contratista y las modificaciones autorizadas por el supervisor.
Concepto del Recurso: Celda que contiene lista desplegable para que seleccione el origen del recurso relacionado: si es contrapartida, contrapartida línea D, valores técnicos agregados, recursos de cofinanciación u otro tipo de aporte por parte del operador.
Periodo: Columna para cada uno de los periodos de la vigencia del contrato donde se debe registrar el valor ejecutado en cada uno de ellos.
Valor ejecutado a la fecha: Corresponde al valor que se ha ejecutado en el marco del contrato o convenio. Contiene columnas por cada periodo que informe.
Saldo por ejecutar: Corresponde al valor presupuestado menos el valor ejecutado a la fecha. Celda formulada
Finalmente están las firmas del representante legal de la EAS.

HOJA 5

HOJA 5. CONCILIACION BANCARIA

OBJETIVO
Facilitar la conciliación bancaria cuando el SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERIODO presente diferencias contra el saldo que reporta el extracto de la cuenta bancaria para el periodo que se está revisando.

FUENTE DE INFORMACION
- Información del formato 5. SEGUIM. AL USO DE LOS APORT
- Extracto de la cuenta bancaria correspondiente al periodo que se esta
  Revisando
NOTA: la presentación por parte de la EAS de la información solicitada en este formato es optativa, sin embargo, cuando de acuerdo con el reporte y control que ejerce el ICBF sobre el uso de los recursos del contrato, se identifiquen diferencias en los saldos de las cuentas bancarias, la EAS debe presentar la respectiva conciliación que explique satisfactoriamente las diferencias encontradas en los saldos de efectivo del cierre del mes.
1. Información General
Entidad Administradora del Servicio: Ingrese el nombre del operador a cargo de la prestación del servicio.
NIT: Ingrese el número de NIT de la Entidad Administradora del Servicio que está presentando la conciliación bancaria.
Entidad Bancaria: Ingrese el nombre de la entidad bancaria donde maneja la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos.
Oficina: Ingrese el nombre de la oficina o sucursal de la entidad bancaria.
Tipo de cuenta: Ingrese el tipo de cuenta bancaria: ahorros o corriente.
Número de cuenta: Ingrese el número de la cuenta bancaria.
Periodo: Ingrese el periodo sobre el cual está presentando la conciliación y que debe coincidir con el mismo periodo del extracto, ejemplo; del 1-01-2017 al 31-01-2017.

COLUMNA DESCRIPCIÓN
Saldo de Aportes ICBF para el Periodo: Coloque en esta fila, en la columna "VALOR SEGÚN REPORTE ICBF", el valor resultante en la celda "SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERIODO" de la hoja "4. SEGUIM. AL USO DE LOS APORT".
Saldo extracto bancario: Coloque en esta fila, en la columna "VALOR SALDO EXTRACTO", el saldo del extracto del mes que se está revisando.
Diferencia a conciliar: Celda formulada que establece la diferencia a conciliar en el periodo, el valor a conciliar puede ser positivo o negativo.
COLUMNA DETALLE DE LA CONCILIACIÓN
Coloque en las filas de esta columna los conceptos objeto de la conciliación y frente a cada uno de estos conceptos, en la columna "MOVIMIENTOS", REGISTRE el valor a cada una de las partidas conciliatorias de acuerdo con el signo de afectación en relación con el saldo del banco.
Valor conciliado: Celda formulada que totaliza el valor de cada uno de los conceptos conciliados, debe ser igual a la diferencia a conciliar en signo contrario.

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

Auto retenedores Renta Resolución No. 1016 de julio / de 1986.
Auto retenedores a título de Renta Decreto 2201 de diciembre 30 de 2016.
Responsable del IVA Régimen Común No. Registro 05-0140-01.
Actividad Económica 201 Tarifa 3.3 por mil.

Habilitación de facturación Nº 18764097421289 de 20250822 Vigencia hasta 20260822.
Rango desde FEC-889400 al FEC-999999

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FEC 907192

ORIGINAL

SC-4585-1

Razón Social: Allers S.A.S.
NIT: 890.312.452-4

RAZÓN SOCIAL: COOPERATIVA MULTIACTIVA DE MERCADOS CAMPESINOS

EST. CIAL:

NIT: 830142259 0

DIR CLIENTE: AV CR 80 2 51 BG 81 LC 241 BOGOTA

CIUDAD DE ENVÍO: BOGOTÁ

DIRECCIÓN DE ENVÍO: AV CR 80 2 51 BG 81 LC 241

TELÉFONO: NA

COD CLIENTE	ORD COMPRA	PAGINA
CN13867		1 DE 1
Fecha de Expedición		**Fecha de Vencimiento**
26/05/2026 9:05 AM		
N° Cajas	**N° Documentos**	
Zona Reparto	**Forma de Pago**	
	CONTADO	
Condición de Pago	Otro	

Observaciones: Basado en Ofertas de ventas 1078066. Basado en Pedidos de cliente 1064885.

Total ítems: 5

Aut Fecha de Vencimiento

CUFE: 26e9420c4ae6b84ae58012142d2c07d70ac6c750afb1c72b5e364be5da9b2d7b5a1eb53df8005e05a33b370175972c5e

Código	*Vencimiento - Lote (Cantidad)*	*Reg - Invima*	*ATC*	*CUM-UDI*	*Descripción*	*IVA*	*Und*	*Cant*	*Valor Unt*	*Total*
29902		CERTIFICADO-2019002604	N/A	N/A	417 INFANTOMETRO PLEGABLE RANGO 10-100 CM	19.0	94	4.0	867,939.0	4,131,390.00
25585		CERTIFICADO-2018022122	N/A	N/A	213L ESTADIOMETRO MECANICO PORTATIL C/BURBUJA	19.0	94	4.0	908,497.0	4,324,446.00
29087		CERTIFICADO-2019000802	N/A	N/A	878 DOCTOR PESA PERSONAS DIGITAL DE PISO CLASE III	19.0	94	4.0	3,134,353.	14,919,520.00
9982		N/A	N/A	N/A	CALIBRACION ONAC PARA TALLIMETROS E	19.0	94	8.0	176,800.0	1,683,136.00
23443		N/A	N/A	N/A	CALIBRACION BALANZAS ONAC1 (hasta 200kg)	19.0	94	4.0	165,360.0	787,114.00

Son: VEINTICINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SEIS

Las mercancías siempre viajan por cuenta y riesgo del comprador, Nos reservamos el dominio sobre la mercancía de esta factura, hasta que no sea pagada en su totalidad.

El no pago oportuno, dentro del plazo pactado en la presente factura, generará el cobro del interés moratorio a la tarifa máxima vigente, certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, sobre los saldos insolutos de la obligación.

SUB-TOTAL	**21,718,996.00**
TOTAL IVA	**4,126,610.00**
RETE - IVA	**0.0**
TOTAL A PAGAR	**25,845,606.00**

Constancia de Recibido de Mercancía y Aceptación de Factura

Nombre:

*Firma*_____

*C.C ó NIT:*_____ *Fecha:* _____

Nota aclaratoria: Firme y selle con fecha y hora, una vez sean verificados los códigos, cantidades y estado de las mercancías. La firma de la presente factura, constituye un recibo

GIRAR CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE ALLERS S.A.S.
Cuentas habilitadas para pago de facturas:
BANCOLOMBIA Cuenta Corriente de RECAUDO 8081-697647-2 Convenio 3016.
BANCO OCCIDENTE Cuenta Corriente 013-07391-1 Formato de RECAUDO EN LINEA.
BANCO AGRARIO Cuenta Corriente autorizada 069-1501056-12.
Las Condiciones para devolución y garantías están descritas al respaldo de este documento.

Por pago a 0 días obtendrá un descuento del 0% sobre el valor de NaN equivalente a 0 que corresponde a artículos sin asterisco, quedando a pagar 25845606

FECHA DE VALIDACIÓN DIAN
26/05/2026 9:06 AM

CRA 67 No 1 - B - 35 Cali - Colombia
PBX:(2) 4893000 - 3233232 FAX:(2)3232323 CELULAR 3128327645
AGENCIA BOGOTA: Carrera 13 No. 42 - 36 Oficina 101. PBX (1) 7034879
www.allers.com.co - E-Mail allers@allers.com.co

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2 Software fact-el

CARTA DE GARANTÍA

SC-4585-1

CLÁUSULAS

1. VIGENCIA: La garantía empieza a regir a partir del momento de la entrega del bien al cliente, siempre que, los daños sobre los cuales se haga exigible la garantía no correspondan a aquellos causados durante el transporte, por el manejo inadecuado de las mercancías. No procederá la garantía, cuando al momento de la entrega del bien, el cliente/destinatario reciba sin observaciones, esto es, sin inspeccionar el producto, y los daños alegados sean atribuibles al transportador. Entendiéndose como cliente, aquel que para ALLERS aparezca en la factura de venta/Remisión expedida por ALLERS S.A.S. o quien lo represente y que en el presente documento se denominará como el cliente.

2. PERIODO DE GARANTÍA: La garantía cubre defectos de fabricación de los Equipos Biomédicos y será de un (1) año contado a partir de la fecha de entrega del bien al cliente. El tiempo de vigencia de Garantía para los accesorios de los equipos Biomédicos es de tres (3) meses contados a partir de la misma fecha. Para termómetros digitales, análogos, de punzón y termohigrómetros, el periodo de garantía es de (6) meses. Estas condiciones quedan sujetas a la garantía del fabricante, estipulada en la documentación del dispositivo. En caso de precios especiales, ofertas, liquidaciones aplican restricciones y condiciones.

3. EXCEPCIONES DE LA GARANTÍA: La garantía no cubre:
a. Daños en el acabado del equipo como pintura, acrílicos, rayados, abolladuras, etc.
b. Desgaste natural del equipo por el uso del mismo.
c. Averías causadas por variaciones del voltaje en la corriente (rayos, plantas eléctricas en mal estado, instalaciones sin polo a tierra, conexiones a voltajes diferentes al especificado en el manual de operación).
d. Daños ocasionados por el uso inadecuado, mala o inapropiada instalación para su funcionamiento, almacenamiento deficiente, influencias deteriorantes del clima o uso bajo condiciones ambientales fuera de las especificadas, según recomendaciones del fabricante establecidas en el manual de operación para la correcta operación o actos de terceros.
e. Mal trato del bien (abuso, golpes, accidentes y/o alteraciones)
f. Daños ocasionados en el transporte del equipo por parte del cliente.
g. No hay garantía para elementos consumibles y desechables en general.
h. Uso de insumos, elementos desechables, accesorios o consumibles diferentes a los recomendados por el fabricante.
i. Si el bien no es operado de acuerdo con las instrucciones de manejo y recomendaciones del fabricante y si no se sigue el plan de limpieza y mantenimiento a cargo del usuario.
j. Cuando la mercancía presente averías imputables al transportador, y ello, no haya sido manifestado por el cliente al momento de la entrega de esta no se haya dejado constancia de dicha situación, en la remesa terrestre de carga, acta de recibo a satisfacción o "documento de cumplido".
k. Cuando se reciban los bienes por el cliente sin verificar su contenido, y no se deje constancia de ello en la remesa de terrestre de carga, acta de recibo a satisfacción o "documento de cumplido" que por disposición legal expresa deberá hacerse dentro de los (3) días siguientes a la fecha de recepción.
l. Cuando el cliente visualice o identifique los sellos y cintas del corrugado del producto alterado, y no deje constancia expresa de ello, al momento del recibo de la mercancía.
m. Cuando al recibir los equipos biomédicos, el cliente no realice la recepción inventariada del mismo.
n. Cuando aunque el cliente, advierta derrame de líquido, cajas abollonadas, o cualquier otra inconsistencia al momento de la recepción de la mercancía, y no deje constancia en la remesa terrestre de carga, acta de recibo a satisfacción o "documento de cumplido".
o. Cuando se suscriba el documento de "cumplido", remesa terrestre de carga o el documento equivalente, a entera satisfacción, sin inspeccionar la carga, y tiempo después el cliente evidencie una avería asociada al transporte de esta.

4. SOLICITUD DE SERVICIO Y TIEMPO DE RESPUESTA: La solicitud de un servicio por garantía deberá ser comunicada directamente a ALLERS S.A.S., informando la fecha de entrega y las causales o motivo de la falla de forma escrita al correo electrónico servicioclientе@allers.com.co. El cliente debe poner a disposición de ALLERS S.A.S., el equipo en el sitio que le fue entregado. ALLERS S.A.S. gestionará la garantía con los fabricantes o centros autorizados por este, en el país. Previa autorización de ALLERS S.A., el equipo deberá ser enviado en su caja original, en buen estado y sus accesorios completos relacionados en una carta, con la descripción de la falla. ALLERS S.A.S. contará con un periodo no inferior a 30 días hábiles para su diagnóstico y reparación, iniciados al día hábil siguiente de recibida la mercancía en sus instalaciones, tiempo en el cual se le comunicará al cliente el origen o motivo de la falla diagnosticada, al igual que el procedimiento y los recursos para ejecutar la garantía. En caso de superarse este tiempo para la reparación, debido a la falta de disponibilidad de repuestos, se le informará previamente al cliente por escrito.

Para solucionar el problema diagnosticado, el tiempo de respuesta de ALLERS S.A.S. está sujeto al tiempo de respuesta de servicio autorizado en Colombia del fabricante y al plazo que determine la Superintendencia de Industria y Comercio.

5. CAUSALES DE PÉRDIDA DE LA GARANTÍA:
a. Si el cliente destina el equipo a actividades diferentes para las cuales fue fabricado o, si hace modificaciones e instalaciones de otra procedencia sin autorización escrita de ALLERS S.A.S.
b. Si el cliente permite que personal no autorizado de forma escrita por ALLERS S.A.S., intente desarmar, desarme, intente reparar, repare o viole los sellos de seguridad y/o garantía del equipo.
c. Si a juicio del personal profesional de ALLERS S.A.S., el equipo fue utilizado o conectado en forma no acorde con las especificaciones técnicas, mecánicas, eléctricas y neumáticas dadas en los manuales de uso, aplicación y manejo del equipo.
d. Para hacer efectiva la garantía de equipos y/o accesorios que requieran algún tipo de reemplazo total o parcial de algunas de sus partes y componentes, estos deberán encontrarse en condiciones físicas normales de fabricación sin ningún tipo de marcas, rayones, manchas o similares.
e. Si el cliente utiliza el equipo con accesorios no autorizados o no compatibles, según las indicaciones del fabricante
f. Si en los procesos de limpieza o desinfección, no se utilizan los productos recomendados por el fabricante.

6. ACEPTACIÓN DE LA GARANTÍA
A contra entrega del equipo, se entenderá que el cliente conoce y acepta los términos y condiciones de la garantía descrita en el presente documento, manuales de uso, aplicación y manejo del respectivo equipo. Acorde al análisis realizado, la garantía podrá ser aceptada o negada con las pruebas que justifiquen la decisión por escrito.

7. CLÁUSULAS ADICIONALES DE LA GARANTÍA
a. El equipo tiene que ser manejado por personal debidamente entrenado.
b. Se deben utilizar reguladores de voltaje apropiados para cada uno de los equipos.
c. Contar con sistemas de climatización requeridos para cada uno de los equipos, tales como: aire acondicionado, calefacción, flujos de aire, ventilación natural o mecánica, sistemas de extracción de calor.
d. Los mantenimientos preventivos posteriores al período de garantía serán responsabilidad del cliente y estos solo son cubiertos por ALLERS S.A.S., en caso de que así hayan sido contratados y cancelados.
e. La garantía procederá únicamente en los eventos en los cuales se haya cumplido a cabalidad con las condiciones de entrega, y los daños obedezcan a defectos de fábrica de los equipos e insumos biomédicos.

8. TRANSPORTE DE EQUIPOS POR GARANTÍA A LA SEDE DE ALLERS S.A.S.
a. El empaque utilizado para el transporte debe ser el original del equipo, o en su defecto, otro similar sin logo (caja limpia) que garantice su custodia y conservación.
b. Previo el envío del equipo a ALLERS S.A.S., el cliente debe enviar un documento escrito solicitando la autorización del envío.

9. GARANTÍA PARA EQUIPOS DE LIMITADA MOVILIZACIÓN
a. El cliente debe solicitar el servicio directamente a servicioclientе@allers.com.co
b. ALLERS S.A.S., autoriza el desplazamiento del personal técnico y envía el cronograma propuesto para la prestación del servicio.

POLÍTICA DE DEVOLUCIONES

Las ventas en ALLERS S.A.S. se realizan en firme y son de carácter definitivo, por lo tanto, cualquier reclamo por mercancía o solicitud de una devolución debe ser considerada dentro de los términos que se detallan a continuación:
a. Todo reclamo deberá presentarse al representante de ventas asignado o al agente de servicio al cliente telefónicamente o por escrito al correo electrónico servicioclientе@allers.com.co.
b. Se deberá reportar la siguiente información en un máximo de veinticuatro (24) horas después de la entrega: número de factura, nombre del producto, lote/serie, fecha de vencimiento y cantidad. Es responsabilidad del cliente realizar la recepción técnica y administrativa acorde a la normatividad vigente.

A. No conformidad del producto: Son aquellas generadas por:
- Reclamos de calidad de producto: se requiere entregar el producto físicamente con la descripción exacta del inconveniente por escrito, con registro fotográfico y de video. Para estos casos deberá realizarse dentro del término de la garantía.
Producto ha sido averiado durante el transporte contratado por ALLERS S.A.S.; o Faltantes de producto en empaque original. Para estos casos, se deben reportar máximo en veinticuatro (24) horas después de la entrega.
- Si el transporte es contratado por el cliente, esté es quien deberá generar la reclamación al transportador en caso de siniestros, averías o reclamaciones generadas en el transporte.

B. Verificación de la devolución: Antes de aceptar cualquier devolución, ALLERS S.A.S. se reserva el derecho de verificar si efectivamente la compañía vendió el producto solicitado para la devolución. Solo se recibirá el producto en devolución cuando el funcionario encargado haya previamente inventariado, verificado lotes/serie, fechas de vencimiento y documento de envío de la mercancía. El recoger o recibir el producto para posible devolución, no implica que esta sea aceptada, hasta antes ser verificada por el funcionario encargado directamente en la empresa.

C. Condiciones de descuentos: En ninguna circunstancia se entenderá que el cliente está facultado para descontar el valor de las devoluciones de los pagos pendientes a ALLERS S.A.S., hasta tanto no se haya elaborado y entregado al cliente un documento que así lo indique (Nota Crédito).

D. Costos de servicios; como calibraciones, Averías, fletes en devoluciones para despachos fuera de la ciudad de Cali
- Previo al envío de los productos en devolución a ALLERS S.A.S., el cliente debe remitir un documento escrito solicitando la autorización del envío.
- El empaque utilizado para el transporte debe garantizar la custodia y conservación de los productos
- En caso de presentarse avería en el traslado, detectado por mal empaque debe ser asumido por el cliente.
- Los servicios de calibración de dispositivos médicos son cancelados de manera anticipada por el cliente, en caso de devoluciones aceptadas, los costos de estos servicios no son reintegrados.

E. No se aceptará devoluciones en los siguientes casos.
- Una vez hayan transcurrido más de veinticuatro (24) horas contadas desde la entrega al cliente.
- Cuando el producto o su empaque se encuentre en mal estado por mala manipulación y/o almacenamiento por parte del cliente o no se encuentre en su caja original (los productos etiquetados, manchados, rayados, sucios o se consideran deteriorados en su presentación) entre otros.
- Productos que requieran cadena de frío.
- Producto vencido
- Producto con fecha corta de vencimiento, cuya autorización de despacho fue realizada por el cliente.
- Producto por baja rotación.
- Productos por próximo vencimiento.
- En caso de precios especiales, ofertas, liquidaciones aplican restricciones y condiciones.
- Devoluciones de productos por criterios del cliente como cancelaciones de pedidos de terceros, errores en solicitudes, entre otros.

F. Solo se aceptará devolución de producto en sus empaques originales, sellados, sin marcas, sin etiquetas y en buen estado.

Bogotá D.C. 25 de mayo de 2026

CUENTA DE COBRO No. 03

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE MERCADOS CAMPESINOS - COOPYMERCK
NIT. 830.142.259-0

DEBE A:

LUZ ESTELA ORTEGA PAEZ
C.C. 50987036 de SAN PELAYO CORDOBA
DIRECCIÓN: CALLE 74 A N° 100 A - 23
TELÉFONO: 3116408171
ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIIU): 7490
TARIFA ICA: 9.66 x 1.000
Correspondiente al pago No. 03 en ejecución del contrato de prestación de servicios No. 018-2026

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.500.000)

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios como INGENIERA DE ALIMENTOS realizados durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de mayo de 2026 de acuerdo con el informe adjunto.

MANIFESTACIONES DEL CONTRATISTA (BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO)

"RETENCIÓN EN LA FUENTE (Art. 383 E.T.): *Manifiesto bajo la gravedad de juramento que para la ejecución de mis servicios NO he contratado ni vinculado a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos dentro del mismo año gravable. Por lo tanto, solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en el Artículo 383 del Estatuto Tributario para rentas de trabajo, de conformidad con el Parágrafo 2 del citado artículo.*

SEGURIDAD SOCIAL: *Manifiesto que he realizado los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL) sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato. El aporte a la ARL se realizó conforme al Nivel de Riesgo (III), de acuerdo con la naturaleza de mis obligaciones.*

RESPONSABILIDAD IVA: *Declaro que NO soy responsable del Impuesto sobre las Ventas (IVA) según lo estipulado en el Artículo 437 del Estatuto Tributario.*

DEPENDIENTES Y DEDUCCIONES *(Opcional): Manifiesto que [SÍ/NO] tengo derecho a deducciones por dependientes económicos o medicina prepagada para efectos de la base de retención para lo cual adjunto los respectivos soportes".*

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:

1. Informe detallado de cumplimiento de actividades.
2. Planilla de pago de Seguridad Social del periodo o, del mes inmediatamente anterior o certificados de afiliación si es la primera cuenta.
3. Copia del RUT actualizado (solo en la primera cuenta o en caso de que presente cambios).

INFORMACIÓN DE PAGO:

Autorizo que el pago sea efectuado en la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 390005300 de (BBVA).

Firma: 

Luz estela ortega paez
C.C. No. 50987036 de san Pelayo Córdoba

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES Y ENTREGABLES
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.018-2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

- **Contratista:** Luz Estela Ortega Paez (Ingeniera de Alimentos)
- **Contratante:** Cooperativa Multiactiva de Mercados Campesinos – COOPYMERCK
- **Periodo del Informe:** Del 01 de mayo al 30 de mayo de 2026
- **Número de Informe:** 03

2. RESUMEN DE EJECUCIÓN TÉCNICA (POR EJES)

En cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones específicas, se relacionan a continuación los resultados obtenidos en el periodo del 01 al 30 de mayo de 2026.

Eje de responsabilidad	Obligación	Actividades de verificación y gestión realizadas en el periodo
1. Gestión de Calidad e Inocuidad	a) Implementar y supervisar el cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). b) Diseñar e implementar el Plan de Saneamiento Básico (Limpieza, desinfección, plagas, residuos).	**1. Controles implementados:** • Se están llevando a cabo **controles de limpieza y desinfección**, con seguimiento a la correcta ejecución de los procedimientos establecidos. • Implementación y verificación de **Buenas Prácticas de Higiene (BPH)** en el personal manipulador de alimentos. • Registro y monitoreo de **controles de temperatura** de equipos almacenamiento de alimentos. **Anexo N.° 1** Evidencia fotográfica. **Tabla N°1. Controles implementados** **2. Documentación entregada para revisión y aprobación del SIGC:** · **Manual de Calidad** • **Manual de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)** **Programas de Saneamiento Básico**, que incluyen: o Programa de limpieza y desinfección o Programa de manejo de residuos sólidos o Programa de control de plagas

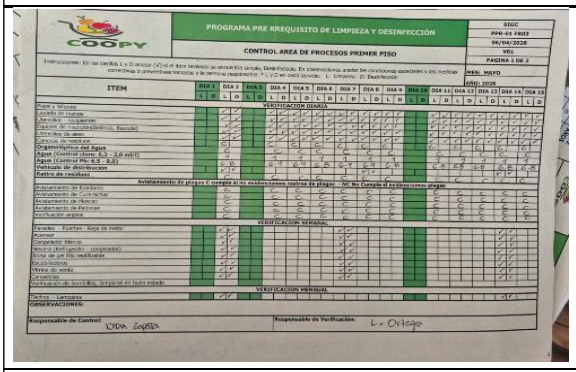
Eje de responsabilidad	Obligación	Actividades de verificación y gestión realizadas en el periodo
		○ Programa de abastecimiento de agua potable ○ Cada uno de los programas cuenta con sus respectivos **formatos de registro y control** para garantizar su trazabilidad y cumplimiento. • **Programa de Proveedores:** • **Programa de Capacitaciones:** **Anexo N.° 2:** Documentos y registros asociados a las actividades ejecutadas (manuales, programas, formatos). Los documentos pueden ser consultados en el siguiente enlace: 👉 https://drive.google.com/drive/folders/1qccSoCtrpgBQ58or0qAzHJYfwT-01wXN?usp=drive_link
2. Control de Operaciones y Logística	a) Supervisar registros de temperatura, humedad y condiciones técnicas de la bodega. b) Ejercer la supervisión sobre las condiciones de almacenamiento y el cumplimiento de protocolos sanitarios en las instalaciones. d) Realizar supervisión de las condiciones de inocuidad durante los procesos de estiba, cargue y descargue.	**3.** Se realizó acompañamiento presencial en la ejecución del proceso como alistamientos de pedidos **Anexo N.° 3** Evidencia fotográfica. **Tabla N°2.** Supervisión del cumplimiento de protocolos sanitarios **4.** Se llevaron a cabo **dos (2) visitas a puntos de entrega**, con el fin de verificar condiciones sanitarias, cumplimiento de normatividad vigente y aplicación de los procesos establecidos. **Anexo N.° 4** Evidencia fotográfica. **Tabla N°3.** Visita a puntos sierra morena. **Tabla N°4.** Visita a puntos Jerusalén **Tabla N°5.** Potosí
3. Inspección y Verificación	a) Realizar la inspección técnica de vehículos de transporte (entrada y salida) y de las condiciones higiénico-sanitarias de las áreas de alistamiento y despacho. b) Activar protocolos de rechazo ante novedades.	5. **Inspección de vehículos de entrega:** • Se realizó la **inspección de vehículos utilizados para el transporte de alimentos**, verificando condiciones de limpieza, desinfección, mantenimiento, y cumplimiento de requisitos para

Eje de responsabilidad	Obligación	Actividades de verificación y gestión realizadas en el periodo
		garantizar la inocuidad de los productos transportados. **Anexo N.° 5** Evidencia fotográfica. **Tabla N°6.** Inspección de vehículos de transporte.
4. Mejora Continua y Capacitación	a) Liderar la implementación de acciones correctivas derivadas de auditorías (ICBF u otros clientes). b) Diseñar y ejecutar el Plan de Capacitación continua para manipuladores de alimentos.	6. Se realizaron **dos (2) capacitaciones** dirigidas al personal manipulador de alimentos, enfocadas en buenas prácticas de manufactura (BPM), higiene y manejo seguro de alimentos. **Anexo N.° 6** Evidencia fotográfica. **Tabla N°7.** Taller. Buenas prácticas de manipulación

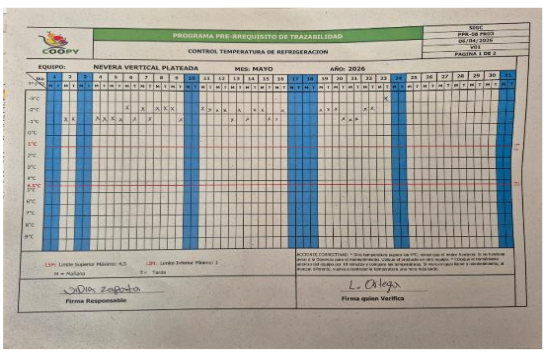
ANEXOS

Anexo N.° 1 Evidencia fotográfica.

Tabla N°1. Controles implementados





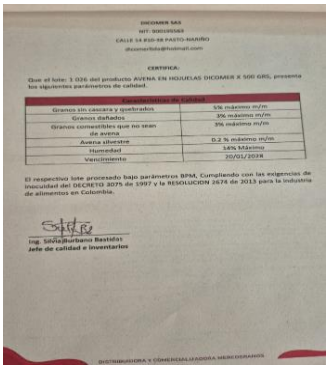




Anexo N.° 3 Evidencia fotográfica.

Tabla N°2. Supervisión del cumplimiento de protocolos sanitarios









Anexo N.° 4 Evidencia fotográfica.

Tabla N°3. Visita a puntos. Sierra morena







Tabla N°4. Visita a puntos jerusalen





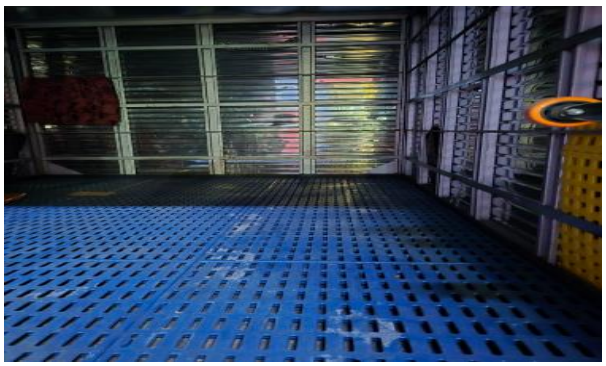


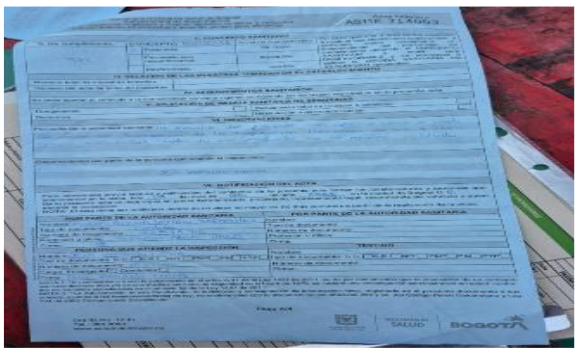


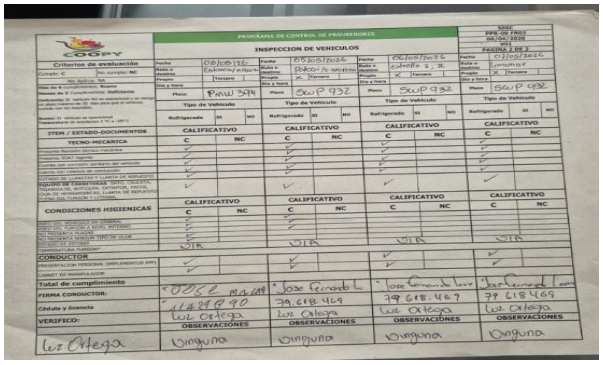
Anexo N.° 5 Evidencia fotográfica.

Tabla N°6. Inspección de vehículos de transporte.









Anexo N.° 6 Evidencia fotográfica.

Tabla N°7. Lista de asistencia capacitaciones.





3. NOVEDADES Y ALERTAS SANITARIAS

En el periodo del 01 al 30 de mayo no se presentaron alertas sanitarias.

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE LEY

Declaro bajo la gravedad de juramento que he realizado los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL Riesgo III) correspondientes al mes de marzo, sobre la base legal del 40% de mis honorarios mensuales, adjuntando la planilla PILA No. 79040435 como soporte para el trámite de pago de mis honorarios.

5. CERTIFICACIÓN DE RECIBO (PARA COOPYMERCK)
En mi calidad de supervisor designado por COOPYMERCK, certifico que los servicios y entregables aquí relacionados han sido recibidos a entera satisfacción técnica y cumplen con los lineamientos exigidos por el ICBF y la normativa sanitaria vigente.
Para constancia se firma a los 25 días del mes de mayo de 2026.

EL CONTRATANTE,

COOPYMERCK
Representada por
FANNY PEÑUELA PEÑUELA
Coordinadora
C.C. 52.617.162 de Funza

EL CONTRATISTA,

Luz Estela Ortega

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
C.C.50987036 de san Pelayo Córdoba

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	50987036	LUZ ESTELA ORTEGA PAEZ	CALLE 74 A No 100 A 23	3116408171	LSTELLAORTEGA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79040435	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$556.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	556.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	50987036	LUZ ESTELA ORTEGA PAEZ	CALLE 74 A No 100 A 23	3116408171	LSTELLAORTEGA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79040435	30/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$556.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 50987036	ORTEGA PAEZ LUZ ESTELA	59	0			N																	25-14	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	30	225.000	14-23	1.800.000	30	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

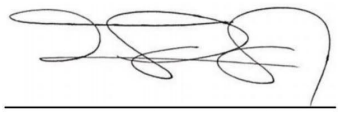
Que nuestro(a) cliente LUZ ESTELA ORTEGA PAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 50,987,036 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 390005300 aperturada el 30 de mayo de 2025 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 14 de abril de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0390005300
Cuenta de 16 dígitos:	0390000200005300
Cuenta de 20 dígitos:	00130390000200005300

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 13 — Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14583386992

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5098703 — 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico: 12

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de Ciudadanía: 13	5098703-6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Córdoba 23	San Pelayo 686

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTEGA	PAEZ	LUZ	ESTELA

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Córdoba 23	San Pelayo 686

41. Dirección principal: CL 10 8 113 BRR PARAISO

42. Correo electrónico: lstellaortega@hotmail.com

43. Código postal — 44. Teléfono 1: 7633371 — 45. Teléfono 2: 3013277806

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7490	2015 06 01					2146	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 20190604

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:

994. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

995. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO