|  |
| --- |
| 1. **Datos básicos:**
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha del Seguimiento:DD/MM/AAAA |  |
| **Nombre del responsable del grupo familiar:** |  |
| Nombre del niño, niña, adolescente o adulto con discapacidad: |  |
| Categoría de Discapacidad:(Marque con una X) | □ Física□ Visual□Auditiva□ Sordo-ceguera□ Psicosocial□ Intelectual□ Múltiple |
| No. De petición SIM (Presencia): |  |
| Nombre del titular de la cuenta (si es diferente al responsable del grupo familiar) |  |
| Centro Zonal: |  |
| Coordinador del Centro Zonal: |  |

**Información sobre la inversión del apoyo económico.** |
| **FECHA** **DE LA COMPRA** | **DOCUMENTO SOPORTE****(Indique número de la factura y/o documento soporte)** | **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA COMPRA** | **DETALLE DE PRODUCTO** | **VALOR** |
| DD/MM/AAAA |  |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|   |   |   |   |  $ |
|  |  |  | **TOTAL** |  |
|  |  |  | **SALDO\*** |  |

Nombre de los profesionales que realizaron el seguimiento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota.** El seguimiento al apoyo económico debe realizarse conforme a los acuerdos establecidos con el equipo que acompaña a las familias. El responsable del grupo familiar deberá invertir la totalidad del recurso durante los 30 días del mes siguiente a la fecha de entrega. En caso de que durante el mes se realice solo la inversión parcial del recurso, esto deberá estar autorizado por la dupla y debe responder a la consecución de un producto o varios cuyo costo exceda el valor del apoyo económico mensual entregado por el ICBF y que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la persona con discapacidad. En ningún caso se podrá acumular por más de tres meses el recurso del apoyo económico. Adicional, si el recurso no es legalizado en su totalidad y no hay evidencias, ese recurso sería una inejecución, no sería objeto de pago ni acumulación para el siguiente mes.

**Requisitos mínimos de legalización:**

1. Requisitos Mínimos de la Factura

* Identificación del emisor (Persona Jurídica o Natural) y receptor (nombre del beneficiario acciones afirmativas)
* Fecha y hora de generación y expedición (datos de la generación de la compra del bien o servicio)
* Descripción de los bienes o servicios (especificar la adquisición – cantidad y presentación)
* Valor total de la operación (valor del bien o servicio)
* Forma y medio de pago (efectivo o mediante transferencia)
* Discriminación del IVA y el Impuesto al Consumo (cuando el bien o servicio se encuentra gravado y el vendedor es responsable del IVA)
* Numeración consecutiva de las facturas (numérico o alfanumérico)
* Incluir la respectiva numeración consecutiva con la Resolución de facturación y su fecha de vencimiento.
* Código Único de Factura Electrónica (CUFE)
* Código QR
* Apellidos y nombres o razón social y NIT (Número de Identificación Tributaria del vendedor o prestador del servicio)

2. Documento Equivalente:

Cuenta de Cobro, emitida por el vendedor del bien o servicio, no obligado a facturar. (anexo modelo)

3. Para los casos de transporte es importante tener en cuenta:

* Se debe entregar las tirillas de transporte intermunicipal si es el utilizado.
* Para transporte urbano (Buses, Taxi, Moto), se debe legalizar con recibo de caja.