**FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 76007392020 DE 2020**

**INFORME PERIODICO DICIEMBRE 2020 No. 01**

## 1. Datos generales

| | | | |
|---|---|---|---|
| Período del informe | DICIEMBRE 2020 | Número de contrato/convenio: | 76007392020 |
| Tipo de contrato/convenio | APORTE | Fecha suscripción contrato/convenio: | 3/12/2020 |
| Valor Inicial del contrato/convenio | **1.259.733.955** | Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo): | 31/07/2022 |

Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB Y HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR AGRUPADOS, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD COMUNITARIA Y EL SERVICIO HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA - FAMI, DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL OPERATIVO DE LA MODALIDAD FAMILIAR, EL LINEAMIENTO TECNICO PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR EL ICBF, EN ARMONIA CON LA POLITICA DE ESTADO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE CERO A SIEMPRE

Alcance del objeto (si aplica)

## 2. Datos supervisor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio) | DARLYNG PALACIOS LÓPEZ / PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio) | DARLYNG PALACIOS LÓPEZ / PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
| Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica) | DARLYNG PALACIOS LÓPEZ / PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica) | 3/12/2020 |
| Nombre Supervisor ICBF (para efectos de liquidación) | | Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica) | |
| Otros supervisores **(*)** | | Cargos de otros supervisores | |
| | | | |

***(*)*** *Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.*

## 3. Datos contratista

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Contratista: | CONSEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA DEL RIO CAJAMBRE | Cédula o NIT | 835.000.832-0 |
| Dirección: | CARRERA 41 #4 - 39 | Correo electrónico: | cccajambre@yahoo.com |
| Representante Legal que suscribió el contrato/convenio: | GUSTAVO CUERO VALENCIA | Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación | GUSTAVO CUERO VALENCIA |

Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal **(i)**:

***(i)*** *Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación.*

## 4. Plazo de duración del contrato/convenio

| | | | |
|---|---|---|---|
| Desde cuándo: | 11/12/2020 | Hasta cuándo: | 31/07/2022 |
| Fecha aprobación pólizas: | 11/12/2020 | Fecha expedición R.P.: | 3/12/2020 |
| Fecha acta de inicio: | 11/12/2020 | Fecha inicio del contrato/convenio: | 11/12/2020 |
| Fecha documento de Prórroga (si aplica): | | Prorrogado hasta cuándo (si aplica): | |
| Fecha aprobación póliza de la prorroga: | | Fecha de terminación: | |

*Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.*

## 5. Información presupuestal

| | |
|---|---|
| Valor Inicial del contrato/convenio | **1.259.733.955** |
| Aporte ICBF | 1.259.733.955 |
| Aporte Contratista (si aplica) | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. de CDP: | 102520 | Fecha CDP: | 19/11/2020 | Valor de CDP: | 1.259.733.955 |
| No. de RP: | 294020 | Fecha RP: | 3/12/2020 | Valor de RP: | 1.259.733.955 |

### (+) ADICIONES

Fecha Documento Adición: _____ Valor Adición: _____

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No.CDP Adición: | | Fecha CDP Adición: | | Valor CDP Adición: | - |
| No. de RP Adición: | | Fecha RP Adición: | | Valor RP Adición: | - |

Valor adición aporte contratista: _____

Fecha aprobación póliza de la adición _____

*Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.*

### (-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución: _____ Valor disminución : _____

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No.CDP disminución : | | Fecha CDP | | Valor CDP disminución : | |
| No. de RP disminución : | | Fecha RP disminución | | Valor RP disminución : | |

*Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.*

| | |
|---|---|
| **(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)** | 1.259.733.955 |
| Valor anticipo (si aplica): | |
| Porcentaje amortización (si aplica): | |

Fecha pago anticipo (si aplica): _____

Período facturado: _____

Forma de Pago: Se realizaran 11 desembolsos asi: 1 -mensual (diciembre 2020); 2-enero bimestral (enero-febrero 2021) 3-marzo bimestral (marzo-abril 2021) 4-mayo bimestral (mayo-junio 2021) 5-julio bimestral (julio-agosto 2021) 6-septiembre bimestral (septiembre-octubre 2021) 7-noviembre bimestral (noviembre-diciembre 2021) 8-enero bimestral (enero-febrero 2022) 9-marzo bimestral (marzo-abril 2022) 10-mayo bimestral (mayo-junio 2022) 11-julio mensual (julio 2022) .

## 6. Información relacionada con la contratación derivada (si aplica)

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No. _____ de ____, consistente en _____ (cantidad) contratos, suscritos por _____ (contratante), con el fin de _____ (objeto). De igual manera allega relación de dicha contratación, en _____ folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

*Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente.*

## 7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

| Periodo certificado | Fecha de certificación | Valor pagado | Observaciones |
|---|---|---|---|
| 1-diciembre 2020 mensual (diciembre) | **16/12/2020** | **84.663.929** | |
| 2-enero 2021 bimestral (enero-febrero) | | | |
| 3-marzo 2021 bimestral (marzo-abril) | | | |
| 4-mayo 2021 bimestral (mayo-junio) | | | |
| 5-julio 2021 bimestral (julio-agosto) | | | |
| 6-septiembre 2021 bimestral (septiembre-octubre) | | | |
| 7-noviembre 2021 bimestral (noviembre-diciembre) | | | |
| 8-enero 2022 bimestral (enero-febrero) | | | |
| 9-marzo 2022 bimestral(marzo-abril) | | | |
| 10-mayo 2022 bimestral (mayo-junio) | | | |
| 11-julio 2022 mensual (julio) | | | |



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

| Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago | Valor de desembolsos según minuta contractual (A) | Valor pagado o desembolsado (B) | Diferencia (A-B) | Fecha y 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) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1-diciembre 2020 mensual (diciembre) | 84.663.929 | 84.663.929 | - | 23-12-2020 ORDEN 376330320 | |
| 2-enero 2021 bimestral (enero-febrero) | 122.058.323 | | | | |
| 3-marzo 2021 bimestral (marzo-abril) | 132.369.020 | | | | |
| 4-mayo 2021 bimestral (mayo-junio) | 123.781.110 | | | | |
| 5-julio 2021 bimestral (julio-agosto) | 120.787.860 | | | | |
| 6-septiembre 2021 bimestral (septiembre-octubre) | 120.787.860 | | | | |
| 7-noviembre 2021 bimestral (noviembre-diciembre) | 116.886.752 | | | | |
| 8-enero 2022 bimestral (enero-febrero) | 118.403.061 | | | | |
| 9-marzo 2022 bimestral(marzo-abril) | 128.822.216 | | | | |
| 10-mayo 2022 bimestral (mayo-junio) | 126.762.716 | | | | |
| 11-julio 2022 mensual (julio) | 64.411.108 | | | | |
| | | | - | | |
| TOTALES | 1.259.733.955 | 84.663.929 | - | | |

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

| Fecha Descuento/Liberación/Reducción | Valor Descuento/Liberación/Reducción | Concepto Descuento/Liberación/Reducción |
|---|---|---|
| | - | Menor valor ejecutado en compra de poliza del contrato. |
| | | |
| | | |
| TOTAL | | |

## 10. Reintegros efectuados (si aplica)

| Fecha reintegro | Valor reintegro | Comprobante reintegro | Concepto reintegro |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## 11. Resumen ejecución presupuestal acumulado (aplica también para informe final)

| Concepto | | Valor |
|---|---|---|
| Valor Inicial del convenio o contrato | Aporte inicial en dinero por EL ICBF | 1.259.733.955 |
| | Aporte inicial en especie por EL ICBF | 0 |
| | Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA | 0 |
| | Aporte inicial en especie por CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | **1.259.733.955** |
| Valor adiciones | Adición aporte ICBF | - |
| | Adición aporte CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | **-** |
| Valor disminuciones | Disminuciones aporte ICBF | 0 |
| | Disminuciones aporte CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | 0 |
| Valor total del convenio o | Aporte dinero por EL ICBF | 1.259.733.955 |
| | Aporte en especie por EL ICBF | 0 |
| | Aporte en dinero por CONTRATISTA | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **contrato** | Aporte en especie por CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | 1.259.733.955 |
| Valor total pagado por el ICBF | | 84.663.929 |
| Valor total ejecutado recursos del ICBF | | 84.663.929 |
| Recursos reintegrados al ICBF | | 0 |
| Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica)* | | 0 |
| Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA | | 0 |
| Saldo pendiente por reintegrar al ICBF | | 0 |
| Saldo Pendiente por Pagar | | 1.175.070.026 |
| Saldo pendiente por liberar ** | | - |

** Para el informe fina,l debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Finaciera que avale dichas consignaciones.*

*** El saldo pendiente por liberar corresponde a (En caso de existir saldos pendientes por liberar se deberán justificar las razones por la cuales dicho valor no fue ejecutado por el contratista)……*

Fecha estado de cuenta 30/12/2020

## 12. Garantías

| Amparos | Compañía aseguradora | No. de póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde | Hasta |
| CUMPLIMIENTO | ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA | 435-47-994000042829 435-74-994000010401 | 1/12/2020 | 31/01/2023 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | | 1/12/2020 | 31/01/2023 |
| SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | | | 1/12/2020 | 31/07/2025 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL | | | 1/12/2020 | 31/07/2022 |

***Nota:*** *Es necesario ingresar 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.*

## 13. Sanciones

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

| Tipo de Sanción (seleccionar con una 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) | | | | | | |
| Declaratoria de incumplimiento con cobro de perjuicios. (art. 17 Ley 1150 de 2007) | Total | | | | | |
| | Parcial | | | | | |
| Caducidad (art. 14, 18. Ley 1150 de 2007) | | | | | | |

## 14. Cumplimiento de Obligaciones

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO RELACIONADA CON EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato, la información básica del ICBF (Misión, Visión, Normatividad interna vigente, Objetivos Estratégicos, Políticas y Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios. | NO | ACTA DE SOCIALIZACIÒN | NO CUMPLE |
| Asegurar que el personal requerido para la prestación del servicio cuente con el perfil de: Educación (formal: primaria, secundaria, pregrado, posgrado), formación (cursos específicos de la actividad a desarrollar como diplomados, seminarios, talleres entre otros) o experiencia para garantizar la óptima prestación del servicio. | NO | HOJA DE VIDA | NO CUMPLE |
| Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato. | NO | FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TALENTO HUMANO | NO CUMPLE |
| Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio los elementos de protección personal requerido para la realización de sus actividades. | NO | ACTAS DE NTEREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | NO CUMPLE |
| Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio | NO | CERTIFICACION DE LA EA | NO CUMPLE |
| Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente. | NO | PLAN DE SANEAMIENTO BASICO | NO CUMPLE |
| **CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO Y/O CONVENIO (i)** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Brindar educación inicial en el marco de la atención integral a niñas y niños y mujeres gestantes y lactantes, en 110 cupos, en los servicios Hogares Comunitarios de Bienestar HCB, a partir de la fecha definida por el ICBF, en las UDS correspondientes al Centro Zonal BUENAVENTURA, de la Regional Valle del Cauca, garantizando 200 días de atención por año calendario o proporcional por fracción de año contratado para los servicios de HCB, HCB AGRUPADO y 10.5 meses o proporcional por fracción de año contratado para el servicio de HCB FAMILIA MUJER E INFANCIA –FAMI. | SI | ACTAS DE ENTREGA DE MINUTA DE RACIÓN PARA PREPARAR, Y EN LOS CASOS QUE CORRESPAN CARTILLA DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASA Y KIT PEDAGÒGICO | CUMPLE |
| Realizar la socialización de los servicios al inicio y al final de la ejecución contractual, según la "Guía de Participación Ciudadana para los Servicios de Primera Infancia", y demás orientaciones establecidas por el ICBF, que hacen parte integral del presente contrato. | NO | ACTA DE SOCIALIZACION DE LOS SERVICIOS | NO CUMPLE |
| La EAS deberá presentar en el primer comité operativo, el plan de sensibilización dirigido al Talento Humano que presta la atención y a los Padres o Cuidadores de los beneficiarios objeto del presente contrato, sobre la protección de los derechos de niñas y niños, las formas de violencia y las consecuencias que afectan su sano desarrollo. | NO | PLAN DE SENSIBILIZACIÒN AL TALENTO HUMANO | NO CUMPLE |
| Coordinar con los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en el nivel territorial la prestación del servicio, de acuerdo con las orientaciones dadas en el Manual Operativo de la Modalidad para la adecuación de los servicios, en circunstancias especiales, para garantizar la pertinencia en la atención. | NO SE HA PRESENTADO | ACTAS DE REUNIÓN, RESPUESTA CORREOS ELECTRÓNICOS | NO SE HA PRESENTADO |
| Cumplir con las normas laborales aplicables al talento humano y, en particular, cumplir con las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, así como con el pago de los aportes parafiscales asociados a los contratos de trabajo que celebre, respecto de lo cual se obliga a mantener indemne al ICBF. | NO | PLANILLA DE PAGO DE PARAFISCALES | NO CUMPLE |

| OBLIGACIONES DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICION | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| Entregar dentro de los dos primeros meses de ejecución del contrato el plan de saneamiento básico (programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos sólidos y líquidos, abastecimiento de agua potable y control de plagas y vectores), y manual de buenas prácticas de manufactura - BPM- con los procesos de compra, transporte, recibo, almacenamiento, preparación y distribución de alimentos que apliquen según la Modalidad, de acuerdo con la normatividad vigente y con la Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para los programas y proyectos misionales del ICBF. | NO | PLAN DE SANEAMIENTO BASICO | NO CUMPLE |
| Garantizar la entrega de las raciones alimentarias preparadas, para preparar y refrigerios según aplique, en la cantidad y calidad establecida para cada grupo de edad, teniendo en cuenta el ciclo de menú elaborado por el ICBF, utilizando materias primas de calidad conforme a las fichas técnicas de alimentos establecidas por el ICBF, dando cumplimiento a las buenas prácticas de manufactura; así mismo, se deberá dejar registro documental y el registro fotográfico digital de la relación de alimentos comprados y entregados a cada UDS. | SI | ACTAS DE ENTREGA DE RPP | CUMPLE |
| Realizar la toma de medidas antropométricas y activación de ruta de acuerdo con el estado nutricional de cada beneficiario, de acuerdo con la "GUÍA TÉCNICA Y OPERATIVA SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL" y el PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL ESTADO NUTRICIONAL, los tiempos y periodos establecidos para este fin y sobre el 100% de los beneficiarios atendidos durante el periodo de la toma. | NO | REPORTE DEL CUIENTAME CON LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | NO CUMPLE |
| **OBLIGACIONES RELACIONADA CON LA RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, SUMINISTRO, INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los AAVN (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto), así como informar los cambios de los datos del punto de entrega primario de la Regional o centro zonal en los primeros quince días del mes. | SI | APLICATIVO SIM FT1 | CUMPLE |
| Recibir el AAVN y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad vigente, con el fin de garantizar su conservación | SI | FORMATO DE SUPERVISION ANEXO 57 | CUMPLE |
| Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del servicio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes. | SI | FORMATO DE ENTREGA DE BIENESTARINA | CUMPLE |
| Entregar oportunamente los AAVN a las UDS y/o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro. | SI | FORMATO DE ENTREGA DE BIENESTARINA | CUMPLE |
| Llevar control por escrito de la entrega de los AAVN a las UDS y/o usuarios, de conformidad con la cantidad de cupos programados y en los formatos definidos por el ICBF; estos soportes deben presentarse en medio magnético, mensualmente durante los diez primeros días siguientes al mes vencido al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega. | SI | CONTROL DE ENTREGA DE BIENESTARINA | CUMPLE |
| Transportar los AAVN a las UDS, en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN. | SI | DOCUMENTOS QUE ACREDITEN CONDICIONES ADECUADAS EN TRANSPORTE | CUMPLE |
| Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los AAVN | SI | ACTAS DE ASISTENCIA TECNICA | CUMPLE |
| Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los AAVN de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF | SI | ACTAS DE REUNION E INFORMES | CUMPLE |
| Atender oportunamente los requerimientos que el ICBF realice, especialmente para dar respuesta a los organismos de control del Estado y novedades presentadas en las visitas realizadas por el ICBF y/o la Interventoría del contrato de producción y distribución de AAVN. | SI | RESPUESTA A REQUERIMIENTOS | CUMPLE |
| Cancelar al ICBF el valor de los AAVN cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento o redistribución de producto teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de AAVN. | NO SE HA PRESENTADO | ACTAS E INFORMES | NO SE HA PRESENTADO |
| Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF y/o interventoría del contrato de producción y distribución de AAVN. | SI | ACTAS DE VISITA | CUMPLE |
| Al finalizar el contrato, el operador deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los AAVN que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF. | NO SE HA PRESENTADO | ACTA DE ENTREGA | NO SE HA PRESENTADO |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL COMPONENTE DEL PROCESO PEDAGOGICO** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Realizar acciones para garantizar el tránsito armónico de niñas y niños al sistema de educación formal de acuerdo con lo establecido en tránsito armónico de niñas y niños al sistema de educación formal de acuerdo con lo establecido en la G13. Guía Orientadora para el tránsito de los niños y niñas desde los Programas de atención a la Primera Infancia del ICBF al Sistema de Educación Formal, o el documento que la modifique o sustituya, en articulación con las familias e Instituciones Educativas, lo anterior a la luz de lo establecido en el manual operativo de la modalidad según corresponda el servicio. | NO | ACTAS DE REUNIÓN U OFICIOS | NO CUMPLE |
| **OBLIGACIONES DEL COMPONENTE TALENTO HUMANO** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Realizar la consulta de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de edad de todas las personas descritas en el numeral anterior, en la página web dispuesta para ello por el Ministerio de Defensa - Policía Nacional de Colombia. El Registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de edad se actualizará por la EAS de forma periódica cada cuatro (4) meses, de lo cual se deberá dejar constancia en el expediente contractual. Así mismo, se dará cumplimiento a lo estipulado en la Cláusula Once - Consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes, del presente contrato | NO | CERTIFICADO DE LA EA DE LA CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES | NO CUMPLE |
| **OBLIGACIONES DEL COMPONENTE AMBIENTES EDUCATIVOS Y PROTECTORES** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| La EAS debe garantizar las acciones encaminadas a la identificación, mitigación de riesgos y actuación oportuna en caso de accidentes y emergencias que afecten la vida e integridad física de las niñas, niños y mujeres gestantes de acuerdo con el Manual Operativo de la Modalidad que corresponda el servicio y la Guía Orientadora para la Gestión del Riesgo en la Primera Infancia (G16.PP) o el documento que la modifique o sustituya, y las demás orientaciones y/o recomendaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF | NO | PLAN DE PREVENCIÒN DE RIESGOS | NO CUMPLE |
| Comunicar de manera inmediata al supervisor del contrato e informar mediante el “Formato de Reporte de Presuntos Hechos de Violencia, Lesiones, y Fallecimientos de los Usuarios (F4.A1.LM5.PP)” o el documento que lo modifique o sustituya, sobre los presuntos hechos de violencia, lesiones, y fallecimientos de los usuarios activos que se presenten en cualquier lugar. En caso que no se presenten las situaciones mencionadas anteriormente al interior de las UDS, se deberá diligenciar de manera mensual el “Formato Certificación de la No Ocurrencia de Presuntos Hechos de Violencia, Lesiones y Fallecimientos de los Usuarios” (F8.G12.PP) o el documento que lo modifique o sustituya. | SI | FORMATO DE REPORTE DE PRESUNTOS HECHOS DE VIOLENCIA, LESIONES, Y FALLECIMIENTOS DE LOS USUARIOS (F4.A1.LM5.PP)” O EL DOCUMENTO QUE LO MODIFIQUE O SUSTITUYA | CUMPLE |
| En caso de presentarse fallecimientos de usuarios activos, se deberá diligenciar y enviar al supervisor a los tres días hábiles siguientes del hecho, el “Formato Informe de la Atención Prestada al Usuario Fallecido” (F1.G16.PP) o el documento que lo modifique o sustituya. | NO SE HA PRESENTADO | FORMATO INFORME DE LA ATENCIÓN PRESTADA AL USUARIO FALLECIDO” (F1.G16.PP) O EL DOCUMENTO QUE LO MODIFIQUE O SUSTITUYA. | NO SE HA PRESENTADO |
| **OBLIGACIONES DEL REGISTRO Y PRESENTACION DE INFORMACION** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Realizar el registro de información de los beneficiarios y sus familias de acuerdo con las directrices del ICBF, haciendo la vinculación a la UDS con la fecha real del inicio de la atención, para lo cual debe recolectar la autorización de los padres o responsables para el tratamiento de datos personales de los beneficiarios, caracterización, lugar de residencia con la dirección conforme a los recibos de servicios públicos, la georreferenciación en coordenadas geográficas con Latitud y Longitud expresado en grados, minutos y segundos (cuando aplique) y registro fotográfico del beneficiario . | SI | REGISTRO DE INFORMACIÒN EN LOS SITEMAS CUENTAME Y SPES | CUMPLE |
| Realizar la desvinculación en el Sistema de Información Cuéntame de los beneficiarios y talento humano de forma oportuna (fecha real) y cuando la atención así lo requiera o una vez finalice la prestación del servicio. En los casos que sea detectado una desvinculación inoportuna del beneficiario, la EAS tendrá la obligación de desvincular al beneficiario dentro de los cinco (5) días siguientes al requerimiento; pasado este lapso el ICBF procederá a desvincular la información del Sistema Cuéntame y generar las<br>acciones respectivas. | NO SE HA PRESENTADO | PANTALLAZO DE DESVINCULACIÒN | NO SE HA PRESENTADO |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACION DE LOS RECURSOS** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Presentar en el primer Comité Técnico Operativo, el presupuesto de operación de los servicios contratados, en los formatos financieros establecidos por el ICBF, especificando los valores por concepto de cuotas de participación y cuando aplique el aporte de contrapartida y/o valor técnico agregado y la forma de ejecución de las mismas. Cuando los conceptos de gasto de la contrapartida y/o valor técnico agregado se hayan cumplido, y queden recursos por ejecutar, la EAS deberá presentar propuesta de redistribución de estos recursos al Comité Técnico Operativo, la cual deberá ajustarse a las necesidades reales del servicio. En los casos en que la EAS requiera realizar ajustes al presupuesto, los mismos deberán ser presentados ante el Comité Técnico Operativo para revisión y aprobación. | SI | ACTA DE APROBACIÒN DE PRESUPUESTO | CUMPLE |
| Presentar informe financiero mensualmente al supervisor, los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al mes ejecutado, que tenga como soportes las certificaciones de pago a proveedores y servicios públicos derivados del presente contrato, así como de los salarios, prestaciones sociales y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores a su cargo, certificado que deberá ser emitido por el Revisor<br>Fiscal, Contador Público de la Entidad o Representante legal, según aplique; y copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios, según aplique, de la cuenta exclusiva para el manejo de los recursos aportados por el ICBF. | SI | INFORME FINANCIERO DE LEGALIZACIÒN | CUMPLE |
| Presentar al supervisor del contrato los informes de ejecución técnica, administrativa y financiera requeridos para los desembolsos, de acuerdo con los términos y especificaciones establecidos por el ICBF para ello. | NO | INFORMES TECNICOS Y LEGALIZACIONES | NO CUMPLE |
| **OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y DE GESTIÓN** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Responder y soportar el 100% de los requerimientos realizados por el supervisor del contrato en el plazo indicado por este. | SI | RESPUESTA A REQUERIMIENTOS | CUMPLE |



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

| OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE COMPRAS LOCALES | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación. (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| Realizar mensualmente compras locales de alimentos, dotaciones y la contratación de talento humano profesional local, como mínimo del 10% del valor ejecutado y aportado por el ICBF al contrato en el mes respectivo, de acuerdo con lo definido y especificado en el anexo "Anexo para el fortalecimiento de las compras locales". Con el objetivo de fortalecer el proceso de compras locales en los territorios, las EAS deberán asistir de manera obligatoria a los espacios de capacitación que permitan un fortalecimiento a nivel territorial. Las compras locales deben registrarse y reportase mensualmente por parte de la Entidad Administradora del Servicio, a la supervisión del contrato, haciendo uso del Formato de Seguimiento de Compras Locales establecido dentro del Sistema Integrado de Gestión del ICBF, tanto en forma digital (Excel) como impresa. El diligenciamiento y el reporte deben ser realizados cada mes usando para ello la hoja de cálculo del mes correspondiente, en un archivo único de Excel y deben adjuntarse a cada reporte, los soportes de las compras realizadas, en formato digital (PDF). | SI | INFORME MENSUAL DE COMPRAS LOCALES | CUMPLE |

***(i)*** *El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en la cláusula correspondiente del contrato/convenio. Para aquellas obligaciones cuyo cumplimiento no obedezca a un producto tangible, deberá señalar en la columna del "Documento que evidencia el cumplimiento", su concepto sobre el mismo.*

***(ii)*** *Si el Supervisor establece que "no" se ha dado el cumplimiento a una obligación, dentro de uno de los informes periódicos, deberá indicar las razones por las cuales es así, y qué acciones se han tomado sobre dicho incumplimiento. Si el reporte de "no cumplimiento" se presenta en el Informe Final de Supervisión, el supervisor deberá allegar copia y presentar reporte de las acciones adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación "N/A" sólo podrá ser relacionada con algunos periodos en los que esa obligación específica no sea requerida.*

***(iii)*** *El supervisor deberá relacionar todos los documentos que evidencien el cumplimiento de la obligación correspondiente, relacionados 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.*

***(iv)*** *El supervisor deberá señalar en "Observaciones" cualquier información que considere relevante relacionada con el cumplimiento de la obligación. El diligenciamiento de esta columna no es obligatorio.*

## 15. Seguimiento a matriz de riesgos

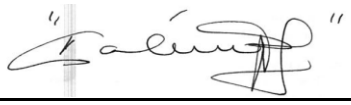
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio? | SÍ | | NO | |
| Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia? | SÍ | | NO | |
| Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia: | | | | |
| Observaciones adicionales: | | | | |

*Si hay algún 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** **9/01/2021**



Firma

**Nombre Supervisor: DARLYNG PALACIOS LÓPEZ**

**Cargo Supervisor: PROFESIONAL ESPECIALIZADO**



Firma

**Nombre Legalizador de cuentas MARITZA ARAGON D.**

**Cargo Legalizador de cuentas : Apoyo a la supervisión - perfil financiero**



Firma

**Nombre Supervisor: DARLYNG PALACIOS LÓPEZ**

**Cargo Supervisor: PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

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 incluir.*