**FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 76008142022 DE 2022**
**INFORME PERIODICO MAYO - JUNIO 2023 No. 04**

## 1. Datos generales

| | | | |
|---|---|---|---|
| Período del informe | **MAYO - JUNIO 2023** | Número de contrato/convenio: | **76008142022** |
| Tipo de contrato/convenio | CONTRATO DE APORTES | Fecha suscripción contrato/convenio: | **2/12/2022** |
| Valor Inicial del contrato/convenio | **$ 941.867.625** | Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo): | **31/10/2023** |

Objeto

PRESTAR LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA EN LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB EN LOS HOGARES 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 -FAMII, 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 DE 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) | ANA MILENA MENDEZ FLOREZ / PROFESIONAL UNIVERSITARIO | Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio) | ANA MILENA MENDEZ FLOREZ / PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica) | ANA MILENA MENDEZ FLOREZ / PROFESIONAL UNIVERSITARIO | Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica) | 14/12/2022 |
| 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: | **CONCEJO COMUNITARIO DE LA COMUNIDAD NEGRA LA CUENCA DEL RIO YURUMANGUI** | Cédula o NIT: | **835000748 - 1** |
| Dirección: | RIO YURUMANGUI | Correo electrónico: | consejoyurumangui@yahoo.es |
| Representante Legal que suscribió el contrato/convenio: | WILLIAM CONGO CAICEDO | Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación **(i):** | WILLIAM CONGO CAICEDO |

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: | 14/12/2022 | Hasta cuándo: | 31/10/2023 |
| Fecha aprobación pólizas: | 14/12/2023 | Fecha expedición R.P.: | 14/12/2022 |
| Fecha acta de inicio: | 14/12/2023 | Fecha inicio del contrato/convenio: | 14/12/2022 |
| 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.*



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

## 5. Información presupuestal

| | |
|---|---|
| Valor Inicial del contrato/convenio | **941.867.625** |
| Aporte ICBF | 941.867.625 |
| Aporte Contratista (si aplica) | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. de CDP: | 80922 | Fecha CDP: | 12/11/2022 | Valor de CDP: | **79.019.280** |
| No. de RP: | 498122 | Fecha RP: | 5/12/2022 | Valor de RP: | **79.019.280** |
| No. de CDP: | 17123 | Fecha CDP: | 3/01/2023 | Valor de CDP: | **862.848.345** |
| No. de RP: | 17123 | Fecha RP: | 3/01/2023 | Valor de RP: | **862.848.345** |

**(+) ADICIONES**

Fecha Documento Adición: **31/05/2023** Valor Adición: **66.403.130**

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No.CDP Adición: | 17123 | Fecha CDP Adición: | 3/01/2023 | Valor CDP Adición: | 66.403.130,00 |
| No. de RP Adición: | 17123 | Fecha RP Adición: | 3/01/2023 | Valor RP Adición: | 66.403.130,00 |

| | |
|---|---|
| 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 disminución : | 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)** **1.008.270.755**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor anticipo (si aplica): | | Fecha pago anticipo (si aplica): | |
| Porcentaje amortización (si aplica): | | Período facturado: | |

Forma de Pago:

**El giro de los desembolsos se hará efectivo previa aprobación por parte del supervisor del contrato asi: se realizaran 6 desembolsos asi: 1 -mensual (diciembre 2022); 2-enero bimestral (enero-febrero 2023) 3-marzo bimestral (marzo-abril 2023) 4-mayo bimestral (mayo-junio 2023) 5-julio bimestral (julio-agosto 2023) 6-septiembre bimestral (septiembre-octubre 2023).**

## 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 | 19/12/2022 | 79.019.280 | ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA |
| 2 | 24/01/2023 | 150.984.801 | ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA |
| 3 | 15/03/2023 | 177.262.346 | ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA |
| 4 | 17/05/2023 | 161.425.121 | ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA |
| 5 | | | |
| 6 | | | |



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 | 79.019.280 | 79.019.280 | - | 31-01-2023 OP18225123 | |
| 2 | 150.984.801 | 150.984.801 | - | 30-01-2023 OP17225523 | |
| 3 | 177.262.346 | 177.262.346 | - | 21-03-2023 OP 74017223 | |
| 4 | 175.855.266 | 161.425.121 | 14.430.145 | 23-05-2023 OP 148970423 | DESCUENTO INEJECUCION DE RECURSOS DE FEBRERO2023 - ABRIL 2023 |
| ADICION 1 | 37.892.414 | | | | |
| 5 | 181.483.586 | - | - | | |
| ADICION 1 | 14.030.028 | | | | |
| 6 | 177.262.346 | - | - | | |
| ADICION 1 | 14.480.688 | | | | |
| | | - | - | | |
| **TOTALES** | **1.008.270.755** | **568.691.548** | **14.430.145** | | |

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

| Fecha Descuento/Liberación/Reducción | Valor Descuento/Liberación/Reducción | Concepto Descuento/Liberación/Reducción |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| **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 | 941.867.625 |
| | Aporte inicial en especie por EL ICBF | 0 |
| | Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA | 0 |
| | Aporte inicial en especie por CONTRATISTA | - |
| | **Total** | **941.867.625** |
| **Valor adiciones** | Adición aporte ICBF | 66.403.130,00 |
| | Adición aporte CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | 0 |
| **Valor disminuciones** | Disminuciones aporte ICBF | 0 |
| | Disminuciones aporte CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | 0 |
| **Valor total del convenio o contrato** | Aporte dinero por EL ICBF | 1.008.270.755 |
| | Aporte en especie por EL ICBF | - |
| | Aporte en dinero por CONTRATISTA | 0 |
| | Aporte en especie por CONTRATISTA | 0 |
| | **Total** | **1.008.270.755** |
| Valor total pagado por el ICBF | | 568.691.548 |
| Valor total ejecutado recursos del ICBF | | 568.691.548 |
| 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 | | 439.579.207 |
| Saldo pendiente por liberar ** | | 14.430.145 |

** 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 **30/06/2023**

## 12. Garantías

| Amparos | ASEGURADORA | No. de póliza | Vigencia | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Desde | Hasta |
| CUMPLIMIENTO | SEGUROS DEL ESTADO S-A- | 45 44 101144000 | 2/12/2022 | 30/04/2024 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | | | 2/12/2022 | 30/04/2024 |
| SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES | | | 2/12/2022 | 31/10/2026 |
| RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL | | 45 40 101080780 | 2/12/2022 | 31/10/2023 |

***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 | Total | | | | | |
| Caducidad (art. 14, 18. Ley 1150 de 2007) | | | | | | |

## 14. Cumplimiento de Obligaciones

| OBLIGACIONES GENERALES DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| Suministrar al ICBF la información técnica, administrativa, financiera y jurídica actualizada relacionada con la ejecución del contrato de aporte, de acuerdo con las especificaciones dadas en el presente contrato, en el Manual de Contratación vigente, en el Manual Operativo de la Modalidad correspondiente, Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia y demás normatividad que le aplique. | SI | INFORME TECNICO Y FINANCIERO | **CUMPLE** |
| Garantizar la aplicación de los criterios de focalización para la identificación, priorización y selección de los usuarios, según lo establecido en la "Guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia", que se encuentre vigente durante la suscripción o ejecución del contrato de aporte. | SI | MATRIZ DE FOCALIZACION | **CUMPLE** |
| Responder y resolver en los términos establecidos y con eficiencia los hallazgos que formulen los organismos de vigilancia, inspección y control del Estado a que haya lugar, implementando las recomendaciones y procedimientos cuando sean requeridos. | N/A | RESPUESTA A REQUERIMIENTOS | **NO APLICA** |
| Comunicar de manera inmediata y formalizar a través del correo electrónico al supervisor del contrato la ocurrencia del presunto hecho de violencia, accidente y fallecimiento de los usuarios de los servicios de primera infancia, así como diligenciar y entregar de manera completa, oportuna y con calidad mensualmente el "Formato de reporte de presuntos hechos de violencias, accidentes y fallecimientos de los usuarios de los servicios de primera infancia" o el documento que lo modifique o sustituya, sobre los presuntos hechos de violencia, accidentes, y fallecimientos de los usuarios activos que se presenten en cualquier lugar. En caso de no se presentarse las situaciones mencionadas anteriormente con los usuarios de los servicios de atención, la EAS deberá reportar mensualmente a través de correo electrónico al supervisor del contrato la no ocurrencia de violencias, accidentes y fallecimientos. | SI | CERTIFICADO DE HECHOS NO VIOLENTOS, LESIONES O FALLECIMIENTOS | **CUMPLE** |
| 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. | SI | CERTIFICADO DE PAGO DE PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL | **CUMPLE** |
| Cumplir oportunamente con los pagos a proveedores y prestadores de servicios profesionales y técnicos que vincule a la operación del servicio. | SI | CERTIFICADO DE PAGO A PROVEEDORES | **CUMPLE** |
| Construir e implementar acciones encaminadas a fortalecer la calidad y pertinencia del servicio a través del Plan de gestión de calidad de la atención, durante la ejecución del contrato, teniendo en cuenta los resultados de visitas de Inspección, Vigilancia y Control, la aplicación del instrumento de verificación de condiciones de calidad, autoevaluación, visitas de verificación de condiciones de calidad en Unidades de Servicio - UDS- Unidad de Atención -UA y Entidades Administradoras del Servicio -EAS- según lo señalado en el Manual Operativo del servicio correspondiente. | N/A | PLAN DE GESTION DE CALIDAD DE LA ATENCION / PLANES DE MEJORA | **NO APLICA** |
| Realizar las dos socializaciones de los servicios, una al inicio y otra al final de la ejecución contractual, de acuerdo con la "Guía de Participación Ciudadana para los Servicios de Primera Infancia y el anexo de orientaciones para la realización de las jornadas de socialización de los servicios y demás orientaciones establecidas por el ICBF, que hacen parte integral del presente contrato. | SI | ACTA DE SOCIALIZACION DE LOS SERVICIOS (INICIO Y CIERRE) | **CUMPLE** |
| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO DURANTE LA FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL CONTRATO** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| **Obligaciones del Componente Ambientes Educativos y Protectores** | | | |
| La EAS debe garantizar las acciones encaminadas a la identificación, reducción 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 o el documento que la modifique o sustituya, y las demás orientaciones y/o recomendaciones técnicas y administrativas expedidas por el ICBF. | SI | PLAN DE GESTION DE RIESGOS | **CUMPLE** |
| **Obligaciones del registro y presentación de información** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Realizar el registro y actualización permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de forma veraz, completa, exacta, actualizada, oportuna, real y comprobable, de la información relacionada con los beneficiarios y sus familias, las atenciones priorizadas de acuerdo con la política pública de primera infancia de la Educación Inicial en el marco de la atención Integral, los procesos de formación a las familias de los beneficiarios conforme al Manual Operativo y las directrices de la Dirección de Primera Infancia, y demás datos que sean requeridos de acuerdo con las necesidades y la misión del ICBF cumpliendo con la calidad requerida. | SI | SISTEMA DE INFORMACION CUENTAME | **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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Registrar la información de la asistencia diaria de los beneficiarios atendidos durante el periodo reportado, una vez el ICBF solicite el diligenciamiento del módulo RAM en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, en los casos donde el supervisor de contrato determine la imposibilidad del diligenciamiento del RAM digital, la EAS deberá presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la finalización de cada mes de ejecución, los formatos de registros de asistencia mensual (RAM) en físico, garantizando la coherencia entre la información reportada en el RAM y el registro de información en la atención de los beneficiarios. | SI | RAM DIGITAL / RAM FISICO | **CUMPLE** |
| **Obligaciones relacionadas con la Administración de Recursos.** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| 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, cuando aplique, así como pago de honorarios para el talento humano vinculado mediante contrato de prestación de servicios, certificado que deberá ser emitido por el Revisor Fiscal, Contador Público de la Entidad o Representante legal, según aplique; y copia del extracto bancario o informe de los movimientos bancarios. | SI | INFORME FINANCIERO DE LEGALIZACIÓN | **CUMPLE** |
| Consignar en la cuenta bancaria definida por el ICBF, los rendimientos financieros de los aportes del ICBF, que se generen en la ejecución del contrato. La EAS deberá remitir copia de la consignación bancaria al supervisor del contrato. | N/A | PLANILLA DE CONSIGNACION | **NO APLICA** |
| Discriminar en el informe financiero el valor total del componente alimentario, en aras de verificar desde la supervisión y/o interventoría, el 30 % mínimo del valor de compras locales para cada periodo. | SI | REPORTE DE COMPRAS LOCALES | **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 | SI | INFORME TECNICO Y FINANCIERO | **CUMPLE** |
| Reintegrar a la cuenta bancaria que defina el ICBF al término del contrato de aporte, los recursos no ejecutados del aporte del ICBF, que no hayan sido descontados en los desembolsos, ni liberados durante la vigencia, ni reinvertidos. Dichos recursos podrán corresponder entre otros: a) No prestación del servicio. b) Inicio tardío de la prestación del servicio. c) Talento humano no contratado. d) Raciones no entregadas. e) Recursos no ejecutados de los rubros de los costos variables de la canasta asociados a bajas coberturas. f) UDS cerradas o trasladadas sin autorización del Comité | N/A | | |
| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO RELACIONADAS 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)** |
| **Eje de calidad** | | | |
| 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. | SI | HOJA DE VIDA | **CUMPLE** |
| 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. | SI | ACTA DE INDUCCION | **CUMPLE** |
| Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio o bien adquirido. | SI | INFORME DE RESULTADOS PERCEPCION DE BENEFICIARIOS / TRAMITE DE BUZONES DE PQRS | **CUMPLE** |
| **Eje de seguridad de la información** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del contrato una vez se firme el contrato. | SI | COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD | **CUMPLE** |
| **Eje de seguridad y salud en el trabajo** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Certificar que cuenta con un representante de seguridad y salud en el trabajo, que cumpla con el perfil establecido en la Resolución 312 de 2019, o a la norma que adicione, modifique o sustituya y garantice el cumplimiento de obligaciones contractuales establecidas en el marco de la ejecución del contrato o convenio y la normatividad vigente. | SI | CERTIFICADO REPRESENTANTE DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | **CUMPLE** |
| Presentar la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles, documentados, en el marco de la Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución del contrato o convenio. | SI | PLAN DE GESTION DE RIESGOS Y RESPUESTA A EMERGENCIAS | **CUMPLE** |
| Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato o convenio | SI | CONCEPTO MEDICO | **CUMPLE** |
| Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato o convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo | SI | ACTA INDUCCION | **CUMPLE** |
| **Eje ambiental** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| 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 (los dos primeros meses) | SI | PLAN DE SANEAMIENTO BASICO | **CUMPLE** |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO** | **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 **340 niñas y niños, asi (290 cupos modalidad HCB TRADICIONAL Y 50 FAMI)** en el (los) servicio(s) (según aplique), en las UDS correspondientes al Centro Zonal del contrato, de la respectiva Regional, garantizando los días de atención a los que haya lugar, dependiendo del servicio y lo dispuesto en el Manual Operativo de la Modalidad de atención según corresponda, en cuanto a su estructura operativa, o fracción proporcional a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato de aporte respectivamente. | SI | CERTIFICADO DE COBERTURA | **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 del Componente Proceso Pedagógico | Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii) | Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii) | Observaciones (iv) |
|---|---|---|---|
| Realizar acciones para garantizar el tránsito armónico de niñas y niños al sistema de educación formal de acuerdo con las orientaciones emitidas por la Dirección de Primera Infancia y lo establecido en la "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. | SI | ACTAS DE REUNION U OFICIOS | **CUMPLE** |
| **Obligaciones del Componente de Salud y Nutrición** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Realizar la toma de medidas antropométricas y activación de ruta de acuerdo con el estado nutricional de cada usuario, en atención a lo señalado en el Manual Operativo según aplique el servicio, 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 usuarios atendidos durante el periodo de la toma. | SI | REPORTE CUENTAME CON LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | **CUMPLE** |
| Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional. | N/A | ACTAS E INFORMES | **NO APLICA** |
| **Obligaciones relacionadas con la recepción, almacenamiento, suministro, inventario y custodia de los Alimentos de Alto Valor Nutricional -AAVN** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde el contratista recibirá los Alimentos de Alto Valor Nutricional (municipio de ubicación del punto, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención, número de cupos a atender en este punto). Así mismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes. | SI | APLICATIVO SIM FT1 | **CUMPLE** |
| Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la normatividad legal vigente, y de acuerdo con las instrucciones que imparta el ICBF, con el fin de garantizar su conservación. | SI | 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. 2.4.5. Entregar oportunamente los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios que harán uso de los mismos, para evitar su deterioro. | SI | FORMATO DE ENTREGA DE BIENESTARINA | **CUMPLE** |
| Llevar control por escrito en los formatos definidos por el ICBF mediante el Instrumento Anexo 57 de la rotación de inventarios y la entrega de los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio o usuarios, donde se registre el movimiento de los alimentos, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados. Estos soportes deben presentarse en medio magnético o en documento físico de acuerdo con las particularidades de los territorios donde se ejecutan las modalidades, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el municipio donde está ubicado el punto de entrega. | SI | FORMATO DE SUPERVISION ANEXO 57 | **CUMPLE** |
| Solicitar y aceptar el apoyo y la asesoría técnica del ICBF en lo concerniente al manejo, recepción, custodia y distribución de los Alimentos de Alto Valor Nutricional. | SI | ACTAS DE ASISTENCIA TECNICA | **CUMPLE** |
| Realizar actividades que promuevan el control social para el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF, así como asistir a las capacitaciones, mesas públicas, rendición de cuentas o audiencias de veeduría ciudadana a las cuales se le convoque por parte del ICBF. | SI | ACTAS DE REUNION E INFORMES | **CUMPLE** |
| Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución de producto, hurto o pérdida, teniendo en cuenta el precio del mes de entrega o el precio definido por el ICBF en caso de entregarse otro tipo de Alimento de Alto Valor Nutricional. | SI | ACTAS DE COMITE E INFORMES | **CUMPLE** |
| **Obligaciones del Componente Talento Humano** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Cumplir con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.4.2.16 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Decreto 1860 de 2021, en cuanto a que la Entidad Administradora del Servicio -EAS contrate para la ejecución del contrato de aporte en una proporción igual al 5%, entre otros, a víctimas del conflicto armado interno, mujeres cabeza de familia, adultos mayores, personas en condición de discapacidad. | SI | HOJAS DE VIDA | **CUMPLE** |
| **Obligaciones del Componente Administrativo y de Gestión** | **Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)** | **Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (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 recursos de cofinanciación y cuando aplique el aporte de contrapartida y/o valor técnico agregado y la forma de ejecución de estas. 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 | SI | ACTA DE APROBACION DEL PRESUPUESTO | **CUMPLE** |
| Mantener un control presupuestal y financiero independiente para la ejecución, administración y manejo de los recursos asignados en virtud del presente contrato y de los demás recursos que reciba para la ejecución del mismo; lo cual se verificará a través de los informes técnicos, administrativos y financieros radicados mensualmente. | SI | INFORME TECNICO Y FINANCIERO | **CUMPLE** |
| Responder y soportar el 100% de los requerimientos realizados por el supervisor del contrato en el plazo indicado por este. | N/A | RESPUESTA A REQUERIMIENTOS | **NO APLICA** |
| **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 y ubicación de éste . (iii)** | **Observaciones (iv)** |
| Realizar y reportar mensualmente las compras locales de alimentos de origen agropecuario, por un monto mínimo de acuerdo a lo contemplado en la Ley 2046 de 2020 y el Decreto 248 de marzo 9 de 2021, equivalente al 30% del valor de los alimentos comprados en el mes respectivo, es decir que se debe calcular dicho porcentaje en razón únicamente al valor del total del componente alimentario y dando cumplimiento a lo establecido en la última versión de los documentos "Guía Orientadora para el Desarrollo de la Estrategia de Compras Locales" y "Anexo- cumplimiento de las normas de compras públicas locales de alimentos" adoptados dentro del sistema integrado de gestión del ICBF como documentos pertenecientes al proceso de Adquisición de Bienes y Servicios de la entidad, o los documentos que los modifiquen o sustituyan. El reporte de las compras públicas locales de alimentos debe realizarse haciendo uso de la última versión del formato de seguimiento, en un archivo único para cada vigencia fiscal, discriminando el valor total del componente alimentario para cada periodo. Cada reporte mensual debe ser entregado al supervisor y/o interventor del contrato para su revisión, validación y posterior firma por parte del contratista y el supervisor y/o interventor, con la misma periodicidad establecida para la presentación de informes de ejecución del contrato. Las adquisiciones de alimentos deben cumplir con la normatividad sanitaria | SI | 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.*



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

## 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** **30/06/2023**

Firma 

**Nombre Supervisor: ANA MILENA MENDEZ**

**Cargo Supervisor: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

Firma 

**Nombre Legalizador de cuentas MARITZA ARAGON**

**Cargo Legalizador de cuentas : SEGUIMIENTO A LA EJECUCION CONTRACTUAL FINANCIERA**

Firma

**Nombre Asistencia Tecnica ANA MILENA MENDEZ FLOREZ**

**Cargo Supervisor: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

Firma

**Nombre otro revisor**

**Cargo otro revisor**