BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROTECCIÓN** **FORMATO PLAN DE SUPERVISIÓN**	**F8.G27.P**	**29/04/2024**
		Versión 3	**Página 1 de 2**
		Clasificación de la Información: Pública	

N°	Dependencia	Subdirección	Regional	Centro Zonal	Modalidad de Contratación	Número Convenio/Contrato	Contratista	NIT	Fecha de suscripción	Fecha de finalización	Nombre del Supervisor	Correo electrónico	Cargo del Supervisor	Fecha de delegación Supervisión
1	Dirección de Protección	Responsabilidad Penal para Adolescentes	Cundinamarca	NA	Contrato	25004852025	Fundación San Nicolás	901604401	1/04/2025	30/09/2025	Nataly Johana Melo Oviedo	Nataly.Melo@icbf.gov.co	Profesional Universitario	1/04/2025
Notas														

En la columna B: Diligenciar la dependencia.

En la columna C: Diligenciar la Subdirección que corresponda.

En la columna D: Diligenciar la Regional que corresponde.En caso de no aplicar, por favor diligenciar NA.

En la columna E: Diligenciar el Centro Zonal que corresponde. En caso de no aplicar, por favor diligenciar NA.

En la columna F: Diligenciar la modalidad de contratación.

Notas:
1. Puede agregar las filas que considere necesarias
2. Se diligencia a partir de las publicación de este plan
3. Se diligencia durante el primer mes de ejecución contractual
4. Se puede agregar más pestañas con el nombre del contrato/convenio en este archivo

ITEM	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	PLAZO	RESPONSABLE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
1.	Suscripción del Acta de inicio	1/04/2025	No aplica	No aplica	Supervisor	Acta de inicio	El acta de inicio se publicará en el SECOP II.
2	Aprobación presupuesto inicial de ingresos y gastos	1/04/2025	30/04/2025	Primer mes de ejecución del contrato	Supervisor	Acta de reunión o comité	Acta de aprobación de presupuesto la cual será publicada en SECOP II
3.	Reunión inicial con EAS	1/04/2025	15/04/2025	Primer mes de ejecución del contrato	Supervisor	Acta de reunión o comité	Acta de reunión la cual será publicada en SECOP II
4.	Programación de visitas	1/04/2025	30/04/2025	Primer mes de ejecución del contrato	Supervisor y Equipo de apoyo a la supervisión	Formato directorio entidades contratistas	Estas visitas se realizarán de acuerdo con la programación regional y metas establecidads desde la Dirección de Protección.
5.	Revisión y aprobación de informes de prestación de servicio de la EAS.	Los cinco (5) días hábiles siguientes al mes vencido	30/09/2025	Mes vencido durante ejecución de contrato	Supervisor/a y Equipo de apoyo a la supervisión	Informes de supervisión mensuales	La periodicidad de estos informes es mensual y se cargarán al SECOP II.
6.	Certificación de cumplimiento de obligaciones	Mensual	30/09/2025	Mensual	Supervisor	Certificación mensual	La periodicidad de esta certificación es mensual y se cargará al SECOP II.
7.	Comité Técnico	1/04/2025	30/09/2025	Conforme a la necesidad	Supervisor/a y Equipo de apoyo a la supervisión	Acta de reunión o comité	Se realizarán acorde a las necesidades que se presenten en la ejecución del contrato y operación de la modalidad. De igual manera se hará la verificación documental según lo establecido en la Guía operativa para la suepervisión de contratos.
8.	Elaboración de informes mensuales de supervisión	1/04/2025	30/09/2025	Mensual	Supervisor/a y Equipo de apoyo a la supervisión	Informe de supervisión e informe de verificación documental	La periodicidad de este informe es mensual y se cargará al SECOP II.
9.	Acta de liquidación para el contrato.	30/09/2025	31/01/2026	Hasta cuatro meses	Supervisor del contrato	Acta de liquidación del contrato	El informe final de supervisión se cargará al SECOP II

NATALY JOHANA MELO OVIEDO
SUPERVISOR
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Notas:						
La columna D item 5 es un soporte que debe cargarse en SECOP II						
La columna D item 6 es un soporte que debe cargarse en SECOP II						
La columna D item 7 es una actividad opcional						
En la comuna G5 FECHA DE INICIO registrar mes y año						
En la comuna H5 FECHA FINALIZACIÓN registrar mes y año						
En la columna I5 PLAZO registrar el mes en que se debe realizar la actividad						
En la columna K5 FUENTES DE VERIFICACIÓN indicar el soporte o evidencia						

¡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