

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 44006312025 DE 20			
INFORME PERIODICO, PARCIAL O FINAL (SI ES PERIODICO, INDICAR NÚMERO DE INFORME) 001			
1. Datos generales			
Periodo del informe (fecha de inicio de la ejecución hasta la terminación del plazo)	01/08/2025 hasta 30/09/2025	Número de contrato/convenio:	44006312025
Tipo de contrato/convenio:	Aporte	Fecha suscripción contrato/convenio :	28/07/2025
Valor Inicial del contrato/convenio		Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo):	01/08/2025
		Plazo de Ejecución Final (hasta cuándo):	31/12/2025
Objeto:	CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA O RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER, MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN, LA SALUD Y EL FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO, EN ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR Y ENMARCADOS EN EL DERECHO HUMANO EN LA ALIMENTACIÓN, A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRI		
Alcance del objeto (si aplica)			
2. Datos supervisor			
Cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	Coordinador centro zonal 1	Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio - En orden cronológico)	Emilín linan murgas
Nombre y cargo del 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: ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU DE ALEWASHI	Cédula o NIT: 825.000.331	Correo electrónico: asociacionalewashiguajira@gmail.com	
Dirección: KM 18 CARR RIOHACHA-VALLDUPAR CL 27 A 7 A 40			
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio: SAPUANA RAMIREZ JOHN ENDRIS			
Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación (I):	Identificación:		
Documentos que acreditan la competencia y facultades para liquidar			
Aportar e indicar en este espacio según aplique: Certificación de existencia y representación legal expedido por xxxxxxxx, certificación de reconocimiento de personería jurídica otorgado por la autoridad competente (indicar cual), resolución de nombramiento, acta de posesión, Etc. (Fecha de expedición no mayor a 30 días)			
Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal (I):			
II. Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación. Esta certificación debe ser no mayor a 30 días.			
4. Plazo de duración del contrato/convenio			
Fecha inicio del contrato/convenio:	01/08/2025	Fecha de terminación inicial:	31/12/2025
Fecha aprobación pólizas:	28/07/2025	Fecha expedición R.P.:	29/07/2025
Fecha acta de inicio (si aplica):	01/08/2025		
Fecha documento de Prórroga (si aplica):		Promogado hasta cuándo (si aplica):	
Fecha aprobación póliza de la prórroga:			
Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.			

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 bruto pagado o desembolsado	Fecha de la orden de pago correspondiente	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)	Ubicación del documento soporte
1	\$ 1.223.542.216,00				
2	\$ 472.041.959,00			Se cancela valor ejecutado en el mes de septiembre del 2025	https://icbf.gov- https://icbf.gov-
3	0				
4	0				
5	0				
TOTALES	\$ 1.695.584.175,00				

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)

Tipo de Reintegro	Fecha reintegro	Valor reintegro	No. de Comprobante reintegro	Justificación del reintegro

Fecha de la certificación del cierre de la cuenta bancaria (aplica para rendimientos financieros)

Entidad Bancaria (aplica para rendimientos financieros)

* Para el informe final, 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 Financiera que avale dichas consignaciones.

Nota: De acuerdo con el tipo de contrato/convenio a liquidar, se deberá seleccionar el cuadro de balance financiero más ajustado o cercano a las condiciones del mismo.

Aplica para todos aquellos contratos tales como aporte, convenios o contratos interadministrativos y demás contratos en los cuales existen recursos del ICBF y del Contratista m los cuales exista o Contrapartida, en caso de que no haberse pactado indicar en este espacio * CERO (\$0).

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

Concepto	Valor
VALOR INICIAL CONTRATO CONVENIO:	\$ 8.401.656.551,00
VALOR APOORTE ICBF:	\$ 8.156.948.108,00
VALOR APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 244.708.443,00
VALOR TOTAL ADICIONES	\$ 0,00
VALOR ADICIÓN APOORTE ICBF:	\$ 0,00
VALOR ADICIÓN APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
VALOR TOTAL REDUCCIONES	\$ 0,00
VALOR REDUCCIÓN APOORTE ICBF:	\$ 0,00
VALOR REDUCCIÓN APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO	\$ 8.401.656.551,00
VALOR TOTAL APOORTE ICBF	\$ 8.156.948.108,00
VALOR TOTAL APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 244.708.443,00
VALOR TOTAL EJECUTADO:	\$ 1.695.584.175,00
VALOR EJECUTADO APOORTE ICBF:	\$ 1.695.584.175,00
VALOR EJECUTADO APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 0,00
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	\$ 0,00
VALOR A LIBERAR A FAVOR DEL APOORTE DEL ICBF:	\$ 6.461.363.933,00
VALOR NO EJECUTADO APOORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	\$ 244.708.443,00
SALDO POR PAGAR AL CONTRATISTA:	\$ 6.461.363.933,00
SALDO REINTEGRADO A FAVOR DEL ICBF	\$ 0,00
SALDO POR REINTEGRAR A FAVOR DEL ICBF	\$ 0,00

Notas Financieras

Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de presentarse alguna de las siguientes situaciones, en caso de que no aplique dejar vacío :

Salidos a liberar:	1. Que el valor a liberar del RP No. XXXXX corresponde a: XXXXX(Justificar las razones por las cuales no fue necesario ejecutar estos recursos)
Estado de los recursos a liberar:	2. Que los recursos no ejecutados en virtud del RP XXXX a la fecha se encuentran fenecidos / o podrán ser liberados en la presente vigencia fiscal (seleccione la opción que corresponda) de conformidad con el soporte expedido en (fecha) por la Dirección Financiera (o quien haga sus veces en la regional) Si existen certificaciones expedidas por la Dirección financiera o quien haga sus veces se deberá señalar en este campo así: en la cual se hizo constar que : "
Salidos pendientes por pagar	3. Que el valor a pagar a favor del XXXXXXXX corresponde a la suma de VALOR EN LETRAS (\$ VALOR EN NUMEROS) por concepto de XXXXXXXXX.
Estado de los recursos reintegrados:	4. Que, de conformidad con el soporte remitido por la Coordinador del Grupo Financiero (o quien haga sus veces) del ICBF de fecha XX de XXXX de XXXX se señaló que: (aplica para rendimiento financieros y/o valor mayor pagado al contratista por recursos no ejecutados)
Compensación por sanción impuesta al contratista	Si se impuso sanción al contratista y se hace uso de la figura de la compensación se deberá incluir la siguiente notas: 2.-Que el ICBF le adeuda al contratista la suma de XXXXX por concepto de XXXXXXXXXX; así las cosas, se procederá a realizar la compensación del valor adeudado versus el valor de la sanción impuesta mediante resolución XXXXXXXX la cual se estableció por la suma de XXXXXX. Esto de conformidad con la cláusula XXXX del contrato/convenio la cual señala que "XXXXXXXXXXXXX.

Fecha estado de cuenta

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	No. de anexo	Vigencia	
				Desde	Hasta
Responsabilidad civil y extracontractual	SEGURO DEL ESTADO SA	56-40-101004590 ; 56-44-101010765		29/07/2025	31/12/2025
Cumplimiento de contrato				29/07/2025	30/06/2026
Calidad del servicio				29/07/2025	30/06/2026
Pago del salario, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales				29/07/2025	31/12/2029

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. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.3.1.12 del Decreto 1082 de 2015, la garantía de cumplimiento del contrato debe tener una vigencia mínima hasta la liquidación del contrato.

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)					

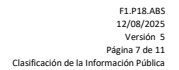
14. Cumplimiento de Obligaciones

Cumplimiento de Obligaciones del Sistema Integrado de Gestión (i)	Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:				
1. 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 de aporte.	PENDIENTE			Plan de mejora
2. Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del contrato/contrato de aporte en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	SI	Acta de inducción de talento humano, listado de asistencia	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
3. Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato de aporte los elementos de protección personal requeridos para la realización de sus actividades.	SI	ACTA DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
4. Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato de aporte	SI	INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ALISTAMIENTO_TALENTO HUMANO	
5. Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	PENDIENTE			Plan de mejora
6. Informar al ICBF los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral – ATEL del personal a cargo del CONTRATISTA, reportados a la ARL y EPS, durante el plazo de ejecución del contrato de aporte.	N/A	N/A	N/A	N/A
II. GESTIÓN DE CALIDAD:				
1. 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	1. Hoja de vida con soportes 2. Contratos, 3. Matriz de talento humano, 4. Acta de aprobación del talento humano	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ALISTAMIENTO_TALENTO HUMANO	
2. Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el contrato de aporte, 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 operativos, procedimientos, guías, formatos, entre otros) necesarios para la operación de los servicios contratados.	SI	Acta de inducción de talento humano, listado de asistencia	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
3. Entregar los resultados de la percepción del usuario frente a la prestación del servicio o bien adquirido	N/A	N/A	N/A	No aplica para el periodo
4. Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.	N/A		SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
5. Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), en el marco de la ejecución del objeto del contrato de aporte.	PENDIENTE			Plan de mejora
6. Asegurar que los equipos de medición propios utilizados para el cumplimiento del objeto del contrato de aporte cuenten con certificaciones iniciales de calibración y sus verificaciones intermedias.	SI	Certificados de calibración de los equipos antropométricos	Sharepoint-Onedrive_Contratos2025_44006312025_SIAPD_Alistamiento_Equipos Antropométricos	
7. Contar con un registro de los documentos utilizados para la operación del servicio, incluyendo de ser necesario, el control de los cambios realizados.	PENDIENTE			Plan de mejora
III. SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:				
1. Certificar el cumplimiento, seguimiento y revisión de los asuntos correspondientes a seguridad de la información enmarcado en la normativa interna del ICBF vigente en virtud de la ejecución del objeto del contrato de aporte.	SI	F4.G7.ABS FORMATO CUMPLIMIENTO DE POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
2. Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor una vez se firme el contrato de aporte.	SI	F5.G7.ABS FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	CONTATO 440069631 SECOP II	
3. Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del contrato de aporte	N/A	N/A	N/A	Para el periodo no ocurran incidentes de seguridad o se materialice un riesgo de seguridad de la información
4. Prever el plan de recuperación y contingencia del servicio contratado ante los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.	PENDIENTE			Plan de mejora



IV. OBLIGACIONES DEL EJE DE GESTIÓN AMBIENTAL:	Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (i)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
1. Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato de aporte, de acuerdo con la política ambiental del ICBF.	SI	F33.G7.ABS Formato Cumplimiento de las Buenas Prácticas Ambientales	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	Semestralmente
2. Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente.	SI	F34.G7.ABS Formato Certificación Productos, Empaques y Materiales Amigables	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
3. Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio. Así como las evidencias del cumplimiento de los requerimientos establecidos en dichos documentos	PENDIENTE			Plan de mejora
4. Formular e implementar Plan de Gestión Ambiental de acuerdo con los aspectos, impactos y requisitos ambientales asociados a la ejecución del contrato de aporte	SI	F41.G7.ABS Formato Plan de Gestión Ambiental	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE	
CLÁUSULA 1. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO	Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (i)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
1. Aportar en especie la suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES Mte (\$244.708.443), representados en los siguientes conceptos: Necesidades en el punto de atención Intramural, Talento humano adicional y otros que respondan al objeto misional del contrato y las necesidades para la prestación del servicio		CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS QUE EVIDENCIE EL GASTO DE LA CONTRAPARTIDA	https://icbfob-my.sharepoint.com/personal/yudis_jyone_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=/%2Fpersonal%2Fyudis%2Fjyone%2Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F4403612025%2FCOMPONENTE%2FFINANCIERO%2Fvencido%2F44%2D25889%2D4946%2D3676%2D26974441a040&ct=1782869877590&OR=OWA%2DONT%2DMAIL&CID=6b59c1b%2D473	
2. Garantizar todos los recursos técnicos, logísticos y administrativos necesarios para el cumplimiento de las obligaciones pactadas.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME FINANCIERO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _SUPERVISION	
3. Realizar la identificación de actores claves del territorio con el fin de articular acciones en el proceso de atención de los usuarios.	SI	F1.MT6.PP-FORMATO ACTA DE ACCIONES DE IDENTIFICACIÓN MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025 _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE	
4. Disponer a su costa, de los físicos que corresponden al área administrativa y bodega para el almacenamiento de los AAVN dentro de los diez (10) días calendario siguientes al cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento del contrato de aporte - de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos del servicio y la Guía de Almacenamiento en Puntos de Entrega de Alimentos de Alto Valor Nutricional del ICBF, lo cual se verificará por la supervisión del contrato de aporte - en la etapa de alistamiento.	SI	F5.P5.PP Formato Visita Inspección Preliminar,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025 _SIAPD _ALISTAMIENTO _AAVN	
5. Presentar a la supervisión del contrato de aporte durante el primer mes a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución y perfeccionamiento del contrato/contrato de aporte - las fichas técnicas de los alimentos empacados e incluidos en la Ración Familiar para Preparar - RPPP. Así mismo, deberá presentar la información de los proveedores de alimentos de acuerdo con los documentos técnicos del ICBF.	SI	Acta de comité técnico operativo	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025 _SIAPD _ALISTAMIENTO _MINUTA	
6. Garantizar el cumplimiento de la Resolución No. 2492 de 2022 expedida por el Ministerio de Salud y de Protección Social y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, referida a requisitos de rotulación o etiquetado nacional que deben cumplir los alimentos empacados que hacen parte de la Ración Familiar para Preparar.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME FINANCIERO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _SUPERVISION	
7. Brindar atención a la población sujeta de atención del servicio, de conformidad con las orientaciones emitidas desde la Dirección de Nutrición y que EL CONTRATISTA declara conocer, durante el plazo del presente contrato de aporte - así:	SI	F3.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN - F3.MT6.PP-FORMATO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME FINANCIERO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _SUPERVISION	
8. Garantizar el cumplimiento de todas las actividades relacionadas con los ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO de la operación del servicio de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos operativos, sus anexos técnicos, formatos y sus actualizaciones.	SI	Hojas de vida con soportes, contratos del talento humano. Matriz de talento humano, acta de aprobación del talento humano. 5 acta de inducción, listado de asistencia. Registro fotográfico, actas de vistas intramural y extramural del periodo agosto y septiembre. Certificados de calibración de equipos. Presupuesto, propuesta de contrapartida. Informe financiero del periodo	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _SUPERVISION	
9. Realizar todas las actividades establecidas en los ATRIBUTOS DE CALIDAD DEL COMPONENTE TÉCNICO relacionadas en los documentos técnicos del servicio, con estricto cumplimiento de sus anexos técnicos, formatos operativos y sus actualizaciones, que incluyen las acciones desde los componentes fortalecimiento familiar y comunitario, educación para la salud alimentaria; Valoración y Seguimiento del Estado Nutricional; y Alimentaria) como ejes de la atención para garantizar un adecuado estado de salud y nutrición de la población usuaria	SI	F3.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN - F3.MT6.PP-FORMATO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RPPP - INFORME TECNICO F9.MT6.PP-FORMATO VALORACIÓN version 2	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
10. Dejar registro documental que evidencie el proceso de mejoramiento del estado nutricional de los usuarios de acuerdo con lo establecido en los documentos técnicos operativos, cumpliendo con la normatividad vigente relacionada con la reserva de la identidad, el procedimiento de registro y actualización de bases de datos personales del ICBF.	SI	F9.MT6.PP-FORMATO VALORACIÓN version 2	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
11. Garantizar el cumplimiento de todas las actividades relacionadas con el PROCESO DE ATENCIÓN, de conformidad con lo establecido en la Guía Operativa del servicio, sus anexos técnicos, formatos operativos y sus actualizaciones	SI	F3.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN - F3.MT6.PP-FORMATO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RPPP - INFORME TECNICO F9.MT6.PP-FORMATO VALORACIÓN version 2	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
12. Suministrar y distribuir la complementación alimentaria del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición en los municipios del Departamento conforme a las instrucciones del ICBF	SI	F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RPPP; REGISTRO FOTOGRAFICO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
13. Coordinar con las modalidades y servicios de atención a la Primera Infancia y/o Nutrición del ICBF u otra oferta social disponible en el territorio, para la remisión de las niñas y niños una vez egresan del servicio	N/A	N/A	N/A	Para el periodo no se presentaron egreso
14. Identificar y remitir a la Defensoría de Familia o a la Autoridad Administrativa que por jurisdicción y competencia subsidiaria le corresponda (Comisario de Familia o Inspector de Policía), los casos de los niños y niñas en quienes se determine que la causa de la desnutrición obedece a situaciones de maltrato, abandono o por condiciones especiales de los padres o cuidadores, para que se realice la respectiva verificación de derechos y se dé inicio al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, si así se requiere.	SI		SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
15. Articular y gestionar con el sector salud el desarrollo de las atenciones que correspondan a los usuarios y en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente en vacunación, valoración integral del desarrollo en niñas y niños y controles prenatales en el caso de mujeres y personas de gestación.	SI	OFICIOS DE GESTION	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
16. Cumplir las orientaciones que sean definidas por el ICBF en relación con estrategias de fortalecimiento interinstitucional y/o intersectorial para el mejoramiento de las condiciones nutricionales de las niñas, niños y mujeres y persona en gestación que son sujetos de atención en el servicio.	SI		SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO _INFORME TECNICO _AGOSTO-SEPTIEMBRE _	
17. En caso de presentarse el fallecimiento de un usuario por o asociada a la desnutrición, o por cualquier otra causa, durante la ejecución del servicio, se deberá comunicar al supervisor del contrato de aporte de manera inmediata y presentar un informe detallado en el término máximo de 48 horas después de ocurrido el evento. Los informes deben ser presentados de manera individual por cada caso y de acuerdo con el formato establecido por el ICBF.	N/A	N/A	N/A	Par a ewl periodo no se presentaron fallecimientos
18. Coordinar con los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en el nivel territorial, la prestación del servicio, en el caso de presentarse problemas de orden público, desplazamientos masivos y emergencias por desastres naturales y de carácter excepcional	N/A	N/A	N/A	Para el periodo no se presentaron problemas de orden público, desplazamientos masivos y emergencias por desastres naturales y de carácter excepcional
Obligaciones adicionales cuando el contrato de aporte incluye la atención intramural.	Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (i)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)

19. Garantizar que la infraestructura para el funcionamiento del servicio en el entorno intramural que cumple y se mantiene en óptimas condiciones para la prestación del servicio conforme lo establecido en los documentos técnicos operativos vigentes para la puesta en marcha del servicio.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPID_SUPERVISION	
20. Disponer de los espacios adecuados para la realización de las actividades colectivas con los usuarios atendidos y sus familias según establecido en los documentos técnicos operativos que el ICBF establezca. En caso de atender grupos étnicos respetar sus usos y costumbres con enfoque diferencial.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPID_SUPERVISION	
21. Poner en funcionamiento la atención del servicio en el entorno intramural, garantizando la contratación de los equipos interdisciplinarios con dedicación en los horarios y dinámicas que se establezcan para el cumplimiento de cada una de las acciones y actividades descritas de acuerdo con los documentos técnicos operativos que el ICBF establezca.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPID_SUPERVISION	
22. Garantizar la atención diaria y permanente de las niñas y niños que se encuentren en atención en el entorno intramural, a cargo del equipo interdisciplinario. La evolución del estado nutricional y de salud debe ser realizada diariamente por el profesional de salud y el profesional de nutrición, y semanalmente por el profesional del área social.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F3.MT6.PP-FORMATO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP -INFORME TECNICO F9.MT6.PP-FORMATO VALORACIÓN versión 2.7.7.MT6.PP-FORMATO DE MONITOREO DIARIO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE_ALISTAMIENTO_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE_	
23. Realizar seguimiento nutricional diario a los usuarios de la atención en el entorno intramural, teniendo en cuenta los parámetros e instrumentos establecidos en los documentos técnicos operativos del ICBF.	SI	F7.MT6.PP-FORMATO DE MONITOREO DIARIO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE_ALISTAMIENTO_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE_	
24. Garantizar el suministro de la complementación alimentaria a los usuarios y su acompañante, de acuerdo con lo establecido en los documentos técnicos operativos del ICBF y a las orientaciones realizadas desde la Dirección de Nutrición.	SI	F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP -INFORME TECNICO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE_ALISTAMIENTO_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE_	
25. Elaborar y ejecutar a partir de la caracterización familiar, un plan de intervención individual con cronograma de actividades de acompañamiento, apoyo y seguimiento a las familias de las niñas y niños de las comunidades vinculados a la modalidad de atención y prevención de la desnutrición.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F3.MT6.PP-FORMATO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE_	
26. Reportar al ICBF la información requerida de los usuarios del servicio, teniendo en cuenta los formatos establecidos, frecuencia definida y medios de comunicación determinados por la Dirección de Nutrición.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F3.MT6.PP-FORMATO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP -INFORME TECNICO F9.MT6.PP-FORMATO VALORACIÓN versión 2.7.7.MT6.PP-FORMATO DE MONITOREO DIARIO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE_	
27. Identificar diariamente las situaciones que requieran estudio de caso con la participación del equipo interdisciplinario del servicio y/o la institución prestadora de los servicios de salud pertinentes, y documentarlas según las especificaciones dadas por el ICBF.	SI	F4.MT6.PP-FORMATO ESTUDIO DE CASO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIGE_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE_	
28. Realizar actividades de promoción de la salud alimentaria semanalmente a las familias de usuarios en el marco de los encuentros de fortalecimiento familiar comunitario en diferentes temas según la necesidad evidenciada por los profesionales del equipo interdisciplinario.	SI	F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP		
29. Gestionar recursos adicionales que contribuyan a la autosostenibilidad del servicio articulando acciones a nivel institucional e intersectorial de acuerdo con los documentos técnicos operativos que el ICBF establezca.				
30. Responder diligentemente por la prestación del servicio contratado, velando en todo momento por la vida, integridad y seguridad de las niñas y niños atendidos.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPID_SUPERVISION	
31. Garantizar el cumplimiento de las normas higiénico sanitarias vigentes establecidas en la Ley 9 de 1979, Resolución 2674 de 2013, Decreto 1500 de 2007 y demás normas que regulen la materia, en lo que aplique de acuerdo con la modalidad contratada. PARÁGRAFO: En caso de presentarse algún incumplimiento de dichas normas por parte del CONTRATISTA, que dé lugar a imposición de las sanciones de las que trata el artículo 577 de la Ley 9 de 1979, en contra del ICBF, será el CONTRATISTA quien asuma la totalidad de la sanción impuesta y las consecuencias que se deriven de la misma.	PARCIALMENTE	Plan de Saneamiento Básico.		En gestion
32. Adelantar las gestiones requeridas para la habilitación en salud de los servicios de nutrición y medicina (consulta externa) del entorno intramural ante las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales de acuerdo con la normatividad vigente.	PARCIALMENTE			En gestion
33. Realizar auditorías internas de calidad, al menos una vez al año (la primera auditoría interna se deberá realizar entre los sesenta (60) y noventa (90) días de ejecución del contrato/contrato de aporte), tanto a sus sedes administrativas como a sus unidades de servicio y reportar los resultados al supervisor del contrato/contrato de aporte .	N/A	N/A	N/A	
34. Articular las acciones de los equipos interdisciplinarios del servicio de atención y prevención de la desnutrición con el Centro Zonal de Influencia del ICBF, con el fin de gestionar y realizar el tránsito armónico de los usuarios en la oferta institucional presente en el territorio.	N/A	N/A	N/A	Para el periodo no se realizó tránsito armónico de los usuarios
35. Articular la entrega de una Ración familiar alimentaria para Preparar a las niñas y niños que transitan del entorno intramural al entorno extramural en el marco del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición, según los establecido en los documentos técnicos operativos del ICBF	SI	1. F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP 2. REGISTRO FOTOGRÁFICO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_INFORME TECNICO_AGO-SEPTIEMBRE	



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

37.8 Informar al supervisor y a las autoridades competentes de manera inmediata y oportuna, las situaciones atípicas o extraordinarias presentadas durante la prestación del servicio que pongan en riesgo el cumplimiento del objeto contractual o la vida y la integridad de los usuarios	N/A	N/A	N/A	Para el periodo no se presentaron situaciones atípicas o extraordinarias presentadas durante la prestación del servicio que pongan en riesgo el cumplimiento del objeto contractual o la vida y la integridad de los usuarios
38. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS:	Cumplimiento (S, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
Garantizar que los recursos aportados por el ICBF y la E.S.E Hospital, como contrapartida, sean utilizados para el financiamiento de las actividades previstas en el desarrollo del objeto del presente contrato de aporte, de conformidad con los lineamientos y normas técnicas del ICBF.	SI	CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS QUE EVIDENCIA EL GASTO DE LA CONTRAPARTIDA	https://icbf-gob-my.sharepoint.com/personal/yudis_jyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?d=1%2Fpersonal%2Fyudis%5Fjyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ae2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c7%2D2d974e4a1a0408CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c18%2D473	
38.1 Disponer de una cuenta bancaria, con la cual se llevará el manejo exclusivo de los recursos aportados por el ICBF para la ejecución del presente contrato de aporte. La E.S.E se compromete a entregar al ICBF debidamente diligenciado y producto denominado "Cuenta maestra", será obligación del contratista realizar los trámites pertinentes de apertura ante una entidad bancaria que lo preste y sea de su elección. PARÁGRAFO TERCERO: Una vez sea comunicada al contratista la obligatoriedad de realizar la apertura o conversión a una cuenta maestra tendrá el término perentorio de hasta ocho (8) días hábiles para hacer el trámite y entregar la evidencia documental al supervisor del contrato de aporte so pena de las actuaciones administrativas a las que haya lugar. Dicho, el formato de autorización para abono directo en cuenta de ahorros de uso exclusivo de los recursos aportados por el ICBF, anexando certificación bancaria (con saldo) de la titularidad de la cuenta. Si la E.S.E presenta una cuenta bancaria que haya utilizado previamente para el manejo de recursos propios, deberá estar certificada por parte del Banco con saldo cero. PARÁGRAFO PRIMERO: En cualquier tiempo de ejecución del contrato de aporte, en virtud del artículo 384 de la Ley 1955 del 2019, podrá el ICBF solicitar la conversión de la cuenta que se tenga o la apertura de una nueva, que en todo caso deberá ser una cuenta bancaria maestra, teniendo en cuenta las definiciones, criterios de selección y la operatividad de la cuenta que para tal fin establece el ICBF de acuerdo con lo exigido en la Resolución 0300 del 4 de noviembre de 2038. Dicha decisión será debidamente notificada por el ICBF a través del supervisor del contrato de aporte, comunicando al Contratista la obligatoriedad de apertura una cuenta maestra o de convertir la existente en una cuenta maestra en cualquiera de las entidades bancarias que ofrezcan este producto. PARÁGRAFO SEGUNDO: En caso de que la entidad bancaria en la que está radicada la cuenta a que se refiere el presente trámite no ofrezca el	SI	CERTIFICACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA MAESTRA PARA EL CONTRATO	https://icbf-gob-my.sharepoint.com/personal/yudis_jyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?d=1%2Fpersonal%2Fyudis%5Fjyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ae2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c7%2D2d974e4a1a0408CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c18%2D473	
38.2 Reintegrar los recursos aportados y no ejecutados o que se utilicen en gastos diferentes a los reconocidos dentro de los clasificadores del costo aprobados para el servicio, de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta el ICBF. Remitir al supervisor del contrato de aporte, dentro de los tres (3) días siguientes a la consignación, copia del documento donde conste la operación que, por concepto de reintegro, rendimientos financieros, multas o cualquier otro, se causen a favor de la Entidad en razón a la ejecución del contrato de aporte. El contratista puede autorizar que el ICBF descuenta del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se registre a causal. En el caso en que el contratista no reintegre o autorice el descuento del recurso, el supervisor de contrato de aporte puede descontar dicho recurso del saldo a favor antes de la terminación del contrato de aporte. PARÁGRAFO: Las consignaciones a que hace referencia esta obligación deben realizarse únicamente en la cuenta informada por escrito por el supervisor del contrato de aporte.	SI	SOPORTE DE CONSIGNACIÓN DE REINTEGRO DE RENDIMIENTO FINANCIERO	https://icbf-gob-my.sharepoint.com/personal/yudis_jyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?d=1%2Fpersonal%2Fyudis%5Fjyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ae2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c7%2D2d974e4a1a0408CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c18%2D473	
38.3 Cumplir de manera oportuna con la ejecución de los conceptos de gasto establecidos en la estructura de costos, tanto para los aportes del CONTRATISTA como para los aportes del ICBF; destinando los recursos públicos que reciba con ocasión de la ejecución del contrato de aporte exclusivamente para los gastos que demanden el cumplimiento del objeto de este	SI	FACTURAS, CUENTAS DE COBROS QUE EVIDENCIA EL GASTO POR CADA RUBRO	https://icbf-gob-my.sharepoint.com/personal/yudis_jyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?d=1%2Fpersonal%2Fyudis%5Fjyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ae2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c7%2D2d974e4a1a0408CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c18%2D473	
38.4 Garantizar que el concepto de gasto asociado con los costos operativos de la Unidad de Servicio sea utilizado conforme a las disposiciones que establezca la supervisión del contrato de aporte.	SI	FACTURAS, CUENTAS DE COBROS QUE EVIDENCIA EL GASTO POR CADA RUBRO	https://icbf-gob-my.sharepoint.com/personal/yudis_jyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?d=1%2Fpersonal%2Fyudis%5Fjyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ae2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c7%2D2d974e4a1a0408CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c18%2D473	
39. TALENTO HUMANO:	Cumplimiento (S, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
Contratar y garantizar, durante la ejecución del contrato de aporte, los equipos interdisciplinarios para cada Unidad de Servicio integrados de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos operativos del servicio. El Contratista deberá tener en cuenta las consideraciones y orientaciones establecidas en los documentos técnicos operativos para la contratación de talento humano donde se atienda desde la diversidad con enfoque diferencial y la dedicación para el cumplimiento las acciones y actividades descritas en dichos documentos. El Contratista deberá remitir a la Dirección de Nutrición, previo al inicio de la atención a los usuarios, es decir en la etapa de alistamiento, las hojas de vida del talento humano que se tenga dispuesto para la prestación del servicio contratado, solicitando a esta misional el aval de las mismas, protocolo que deberá surtirse también cuando se realice cambio del talento humano. En caso de requerir modificar el talento humano presentado inicialmente para la atención del servicio contratado, el cambio deberá ser aprobado previa propuesta y análisis del Comité Técnico Operativo.	SI	Hojas de vida con soportes, contratos del talento humano. Matriz de talento humano, acta de aprobación del talento humano.	SHAREPOINT- ONEDRIVE- CONTRATOS2025_4403612025_SIGE _ALISTAMIENTO- INFORME FINANCIERO- AGOSTO- SEPTIEMBRE- SUPERVISION	
39.1 Registrar en el sistema de información misional del ICBF la información de los perfiles de talento humano contratado para la(s) unidad(es) de servicio, y actualizada de acuerdo con las novedades que se presenten, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles a partir de la fecha en que se realiza la vinculación del perfil a la UDS. 39.2 Pagar oportuna y adecuadamente, los salarios o los honorarios correspondientes, dependiendo de la forma de vinculación del personal que vincule para la ejecución del presente Contrato de Aporte y presentar, mensualmente, los soportes al supervisor del Contrato de Aporte.	PARCIALMENTE			para el periodo se realizó plan de mejora

40. DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA PARA EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO DE APOORTE:	Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (i)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
Suscribir acta de recibo de los bienes muebles entregados por el ICBF y adquiridos en el marco del presente Contrato de Aporte con recursos del ICBF, con el fin de cumplir con el procedimiento para la gestión de bienes definido por el ICBF. Adicionalmente, informar de manera inmediata al supervisor, con copia al ordenador del gesto, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con las correspondientes facturas	SI	acta de recibo	SHAREPOINT- ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_DOTACION	
40.1 Utilizar los bienes entregados por el ICBF y adquiridos durante la ejecución del Contrato de Aporte conforme al uso legítimo autorizado	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPD_SUPERVISION	
40.2 Responder por cualquier deterioro de los bienes muebles devolutivos, que no provenga del desgaste natural o que provenga del uso no autorizado por el ICBF, es decir, velar por la conservación de los bienes entregados y adquiridos durante la ejecución del Contrato de Aporte y Restituir los bienes muebles que sean adquiridos con recursos del ICBF para la ejecución del Contrato de Aporte.	SI	Acta de devolución	SHAREPOINT- ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_DOTACION	Para el periodo la entidad realizo devolución de un infantometro el cual esta deteriorado.
40.3 Vigilar y custodiar los bienes muebles entregados y adquiridos durante la ejecución del Contrato de Aporte, evitando que sean perturbados por terceros. En caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al ICBF en un plazo mínimo de cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPD_SUPERVISION	
40.4 Elaborar, en coordinación con el delegado del ICBF el inventario de los elementos de dotación disponibles. Estos bienes serán adquiridos por alguna de las siguientes dos maneras: i) bienes adquiridos con recursos del ICBF; y ii) bienes recibidos provenientes del uso en otra modalidad por otro CONTRATISTA del ICBF (para ambos casos, serán recibidos en comodato por El CONTRATISTA). En todo caso el supervisor del Contrato de Aporte deberá realizar el respectivo procedimiento de ingreso y egreso de bienes que establezca el ICBF, de conformidad con lo establecido en los documentos técnicos, operativos y lineamientos emitidos por el ICBF	SI	acta de recibo	SHAREPOINT- ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_DOTACION	
41.COMPRAS LOCALES: ELCONTRATISTA deberá dar cumplimientoa la Ley 2046 de 2020 "por la cual se establecen mecanismos para promover la participación de pequeños productores locales agropecuarios y de la agricultura campesina, familiar y comunitaria en los mercados de compras públicas locales de alimentos", a través de sus proveedores, de acuerdo con lo contemplado en la ley y en su condición de entidad pública.	SI	FACTURAS, CUENTAS DE COBROS Y CERTIFICACION QUE AVALE A LA ENTIDAD COMO PRODUCTOR LOCAL	https://icbf.gov-my.sharepoint.com/personal/yudis_hyona_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fperson%2Fyudis%2Fhyona%2Fid%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e7ae2444%2D688%2D946%2D867%2D6974&e=1a6404ACT+1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D24730%2D2228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A8bedd681ca9439a9ad742zb12a0de&sharingz=true&fromShare=true&at=9	
42.RECEPCIÓN,ALMACENAMIENTO,SUMINISTRO,INVENTARIO Y CUSTODIA DE LOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL – AAVN:	Cumplimiento (SI, NO, PENDIENTE, PARCIALMENTE, N/A) (ii)	Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación	Ubicación del documento soporte en el expediente contractual	Observaciones (iv)
42.1 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). Asimismo, informar oportunamente los cambios de los datos del punto de entrega primaria a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes	SI	Correo electronico - FS.P5.PP Formato Visita Inspección Preliminar;	SHAREPOINT- ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_AAVN	Pantallazo correo electronico dirigido al enlace de AAVN del centro zonal
42.2 Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente Contrato de Aporte, y suministro de la alimentación a las niñas, niños y adolescentes usuarios del servicio, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF. En ningún caso, se podrá donar, vender, intercambiar, usar indebidamente, destinar o en general disponer de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en forma diferente a la autorizada por el ICBF	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN, Formato de entrega de AAVN unidades ejecutoras o de servicio versión 3 Formato entrega de AAVN a beneficiarios versión 4	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPD_SUPERVISION	
42.3 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	1.Formato control de inventarios AAVN -2. acta de visita de interventoría INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN,	SHAREPOINT- ONEDRIVE_CONTRATOS2025_44006312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_AAVN_CARPETA_SUPERVISION	
42.4 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.	N/A	N/A	N/A	El alimento de alto valor nutricional se recibo en el punto el día 16 de septiembre 2025
42.5 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 AAVN unidades ejecutoras o de servicio versión 3 Formato entrega de AAVN a beneficiarios versión 4
42.6 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 control de inventarios AAVN - Formato entrega AAVN a UDS - INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPD_SUPERVISION	
42.7 Transportar los Alimentos de Alto Valor Nutricional a las unidades ejecutoras o de servicio en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN.	SI	Registro fotografico		
42.8 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	Correo electronico institucional ,Acta de asistencia tecnica de fecha 28/08/2025		
42.9 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				Actas de verificación de control social



42.10 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 la Interventoría y/o el ICBF.	N/A	N/A	N/A	
42.11 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	N/A	N/A	N/A
42.12 Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del Contrato de Aporte de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional y leer y firmar el acta de visita anotando las observaciones a que haya lugar. Así mismo, dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría solución de las novedades generadas producto de las visitas del ICBF o de la interventoría.	SI	actas de visita	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4403612025_SIAPD_SUPERVISION	
42.13 Al finalizar el Contrato de Aporte, el operador deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los Alimentos de Alto Valor Nutricional que queden en sus puntos de entrega de acuerdo con las indicaciones que imparta el ICBF.	N/A	N/A	N/A	contrato en ejecución
43. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la ley, reglamento o los lineamientos vigentes.				

(i) El Supervisor deberá registrar todas las obligaciones contenidas en las cláusulas correspondiente del contrato/convenio.

(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" deberá justificar por que no se requiere y como esto no constituye un posible incumplimiento. Si el supervisor señala que una obligación esta "PENDIENTE" en el Informe Final de Supervisión se deberá señalar las acciones sancionatorias adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación es "PARCIAL" en el Informe Final de Supervisión se deberá señalar el porcentaje de ejecución realizado y el pendiente de cumplimiento y deberá establecer el plazo para su cumplimiento y estipular los documentos que daran cumplimiento a dicha obligación.

(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?	SI		NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SI		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 7/10/2025

Firma
EMILIS LINAN MURGAS
Cargo Supervisor

Firma
JAIR JAI MANOTAS IBARRA
Cargo Legalizador de cuentas

Firma
Yudis Lyons Naranjo
Cargo 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.

Yo,		EMILIS LIÑAN MURGAS				
en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 6 ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 181 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:						
1. DATOS GENERALES						
NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA		ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUUI DE ALEWASHI				
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACION	NIT	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	825000331			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	44006312025			
FECHA SUSCRIPCIÓN	28 julio 2025	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO			
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 agosto 2025 HASTA 31 diciembre 2025	FECHA EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	11 noviembre 2025			
2. DATOS DEL PAGO						
PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	2 DE 5			
VALOR A PAGAR	\$ 472.041.959,00	EN LETRAS	Cuatrocientos setenta y dos millones cuarenta y un mil novecientos cincuenta y nueve (pesos ml)			
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 septiembre 2025 HASTA 30 septiembre 2025					
3.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL						
DESCRIPCión DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYE- SERVICIO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN DESDE EL SECTOR INCLUSIÓN SOCIAL CONTRIBUCIÓN CON ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA A NIVEL NACIONAL.	258325	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101	A-G2-02-02-009-003	\$ 472.041.959,00
NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA						
3.2 INFORMACIÓN BANCARIA						
CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A.	NÚMERO DE CUENTA	861098695	TIPO DE CUENTA	Ahorro	
3. OBSERVACIONES						
El operador cumplió con los requisitos para el segundo desembolso, los mismo fueron revisados y aprobados por el supervisor y se encuentran cargado en la ruta del SharePoint asignado por el centro zonal Riochacha 1						
4. ANTECIOS						
VALOR A PAGAR	\$ - A	EN LETRAS				
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	\$ -	CUOTA NÚMERO		DE		
5. APLICACIÓN DEL PAGO						
PAGO CORRIENTE	VALOR					
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	\$	472.041.959,00			
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR					
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	\$	472.041.959,00	B		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	\$	472.041.959,00			
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR	\$	472.041.959,00			
SUPERVISORES, INTERVENTORES O INTERLOCUTORES DEL CONTRATO						
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA		
EMILIS LIÑAN MURGAS	SUPERVISOR	LA GUAJIRA	CENTRO ZONAL RIOCHACHA # 1	[Firma]		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA		
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL						
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL	ÁREA O C.Z.	FIRMA		
JAIRO JAIR MANOTAS IBARRA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	LA GUAJIRA	CENTRO ZONAL RIOCHACHA # 1	[Firma]		
RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC						
NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/año)			
EMILIS LIÑAN MURGAS	CZ RIOCHACHA 1	[Firma]	11/11/2025			
ESPACIO PARA SER OLSIDENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS						
RECEPCIÓN DOCUMENTOS						
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA			
DEVOLUCIONES						
NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA			
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUAR LA DEVOLUCIÓN						
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA			

Riohacha, La Guajira 10 de Noviembre de 2025

CUENTADE COBRO No 002

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF

NIT. 899.999.239-2

DEBE A:

ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS ALEWASHI

NIT 825.000.331-6

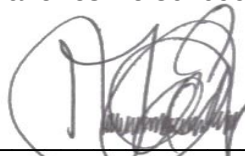
La suma de: Cuatrocientos setenta y dos millones cuarenta y un mil novecientos cincuenta y nueve (pesos m/l)

(\$472.041.959)

Por concepto de: Segundo desembolso del contrato de aporte No. **44006312025** del 29 de Julio de 2025, el cual tiene como objeto: **“CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA O RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN DEL BAJO PESO AL NACER, MEDIANTE LA PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN, LA SALUD Y EL FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO, EN ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR Y ENMARCADOS EN EL DERECHO HUMANO EN LA ALIMENTACIÓN, A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN”** del Municipio de Riohacha La Guajira.

Los requisitos y anexos fueron debidamente cargados en el SharePoint asignado por el CENTRO ZONAL UNO

Favor consignar en la cuenta de ahorros No 861099695 Banco AV Villas



JOHN ENDRIS RAMÍREZ SAPUANA

CC: 85.109.925

Cel: 3188587362

Representante Legal:



NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C

CERTIFICA:

Que **ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DE ALEWASHI**
Identificado con el documento No **825.000.331** posee en la oficina **RIOHACHA (861)** una
cuenta de ahorros No. **861099695** desde el 17 de julio de 2025.

SALDO: (\$0)

VALOR EN LETRAS:

Cero con 00/100

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 17 días del mes de julio de 2025.

Atentamente,

Gerente Oficina

Riohacha

**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y
PARAFISCALES**

KEILA MAGDANIEL RODRIGUEZ identificada con cédula de ciudadanía No. **40.932.698** expedida en **RIOHACHA – LA GUAJIRA**, tarjeta profesional No 77397-T en mi condición de revisora fiscal de **LA ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU ALEWASHI** identificada con NIT **825000331-6**, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social (salud, pensión y arl) y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

De igual manera certifico el pago de la Seguridad Social Integral del personal que presta sus servicios a través de Contratos de prestación de servicios. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003.

Dada en Riohacha, a los 10 días del mes de noviembre de 2025.



Keila Magdaniel Rodríguez
Revisor Fiscal
TP.77397-T de la JC

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.932.398

MAGDANIEL RODRIGUEZ

APELLIDOS

KEYLA YOLIGMA

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



Asoc Alevishe - e 2024



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAY-1978

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

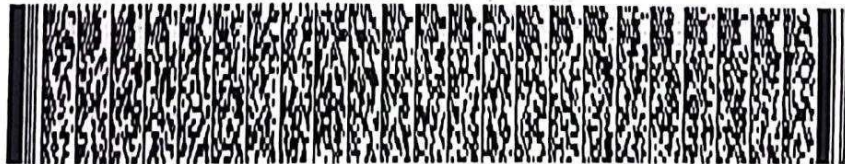
B+
G.S. RH

F
SEXO

27-AGO-1996 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4800100-00745433-F-0040932398-20150911

0046377539A 1

44127690

Escaneado con CamScanner

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14509339556



(415)7707212489984(8020) 000001450933955 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 9 3 2 3 9 8 0	0	Impuestos y Aduanas de Riohacha	2 5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida	Cédula de Ciudadanía	4 0 9 3 2 3 9 8	
28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	La Guajira	Riohacha	0 0 1
31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MAGDANIEL	RODRIGUEZ	KEYLA	YOLIGMA
35. Razón social			
36. Nombre comercial	37. Sigla		

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	La Guajira	Riohacha
41. Dirección principal		
CL 16 A 8 116 BRR EL PROGRESO		
42. Correo electrónico	keylamagdanial@hotmail.com	
43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 2 7 6 1 4 3	3 0 0 6 2 6 9 9 5 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	
6 9 2 0	2 0 0 4 0 2 2 7	0 0 1 0	2 0 1 4 0 9 2 5	1 2	2 4 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5	2	2	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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	X	NO	60. No. de Folios:	1	61. Fecha	2019 - 05 - 10
------------	----	---	----	--------------------	---	-----------	----------------

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 1825 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:

984. Nombre ROJAS SANCHEZ JORGE
985. Cargo Gestor III

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

77397-T

KEYLA YOLIGHA
MAGDANIEL RODRIGUEZ
C.C. 40932398
RESOLUCION INSCRIPCION 30
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE

FECHA 15/03/01

PRESIDENTE *Jorge A. Hernandez*
86151
As. Alvaro

2004 AMU



0 pesos

Keyla Magdaniel R.

FIRMA DEL TITULAR

036143

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentra esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:

E8084E3F88A8EA48

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **KEYLA YOLIGMA MAGDANIEL RODRIGUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40932398 de RIOHACHA (LA GUAJIRA) Y Tarjeta Profesional No 77397-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

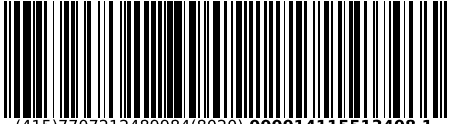
Dado en BOGOTA a los 18 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141155134081			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 2 5 0 0 0 3 3 1 6				6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Riohacha	
						14. Buzón electrónico 2 5	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona jurídica			25. Tipo de documento 1		26. Número de Identificación		
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
35. Razón social ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU DE ALEWASHI							
36. Nombre comercial				37. Sigla			
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento La Guajira		40. Ciudad/Municipio Riohacha		0 0 1	
41. Dirección principal KM 18 CARR RIOHACHA-VALLEDUPAR CL 27 A 7 A 40							
42. Correo electrónico asociacionalewashiguajira@gmail.com							
43. Código postal 4 4 0 0 1				44. Teléfono 1 3 1 8 8 5 8 7 3 6 2		45. Teléfono 2 3 0 0 2 2 9 9 6 6 5	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	
9 4 9 9	1 9 9 7 0 1 1 7	8 5 6 0	1 9 9 7 0 1 1 7	1 3 9 9			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 6 7 1 4 5 2 5 5							
06- Ingresos y patrimonio.							
07- Retención en la fuente a título de rent							
14- Informante de exogena							
52 - Facturador electrónico							
55 - Informante de Beneficiarios Finales							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre RAMIREZ SAPUANA JOHN ENDRIS			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 5 Hoja 2			
				4. Número de formulario 141155134081			
 (415)7707212489984(8020) 000014115513408 1							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 2 5 0 0 0 3 3 1		6		Impuestos y Aduanas de Riohacha		2 5	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		2		63. Formas asociativas			
65. Fondos				66. Cooperativas			
68. Sin personería jurídica				69. Otras organizaciones no clasificadas		1	
				64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
				67. Sociedades y organismos extranjeros			
				70. Beneficio		2	
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 8					
72. Número		7 7					
73. Fecha		2 0 0 5 0 9 2 1					
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 7					
76. Fecha de registro		2 0 0 5 0 9 2 1					
77. No. Matricula mercantil							
78. Departamento		4 4					
79. Ciudad/Municipio		0 0 1					
Vigencia							
80. Desde		2 0 0 5 0 9 2 1					
81. Hasta		2 0 9 0 1 2 3 1					
Composición del Capital							
82. Nacional		1 0 0 %					
83. Nacional público		0 . 0 %					
84. Nacional privado		1 0 0 . 0 %					
85. Extranjero		0 %					
86. Extranjero público		0 . 0 %					
87. Extranjero privado		0 . 0 %					
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 5 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141155134081			
				 (415)7707212489984(8020) 000014115513408 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 2 5 0 0 0 3 3 1		6		Impuestos y Aduanas de Riohacha		2 5	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 8 1 1 0 6			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 1 1 1 9 6 9 8 8 7 2		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido RAMIREZ		105. Segundo apellido SAPUANA		106. Primer nombre JOHN		107. Otros nombres ENDRIS	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141155134081



(415)7707212489984(8020) 000014115513408 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

8 2 5 0 0 0 3 3 1 6

Impuestos y Aduanas de Riohacha

2 5

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

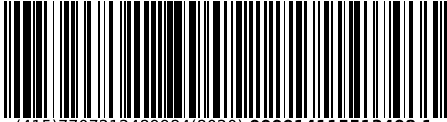
111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 1 1 2 6 2 4 4 6 0 4	113. DV 1	114. Nacionalidad COLOMBIA	169
115. Primer apellido RAMIREZ	116. Segundo apellido EPIAYU	117. Primer nombre PEDRO	118. Otros nombres ALBERTO	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 5 0 8 1 0	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 8 4 0 8 7 4 2 9	113. DV 2	114. Nacionalidad COLOMBIA	169
115. Primer apellido MEJIA	116. Segundo apellido DUARTE	117. Primer nombre SILDER	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 5 0 8 1 0	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 1 1 1 8 8 3 3 3 4 6	113. DV 3	114. Nacionalidad COLOMBIA	169
115. Primer apellido CASTRO	116. Segundo apellido	117. Primer nombre ALFONSO	118. Otros nombres ALEXANDER	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 0 1 5 0 8 1 0	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
119. Razón social				
120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Revisor Fiscal y Contador				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 5 de 5 Hoja 5			
				4. Número de formulario 141155134081			
 (415)7707212489984(8020) 000014115513408 1							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 2 5 0 0 0 3 3 1				Impuestos y Aduanas de Riohacha		2 5	
Revisor Fiscal y Contador							
Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento		125. Número de identificación		126. DV 127. Número de tarjeta profesional		
	Cédula de Ciudadanía 1 3		4 0 9 3 2 3 9 8		7 7 3 9 7 T		
	128. Primer apellido		129. Segundo apellido		130. Primer nombre		131. Otros nombres
	MAGDANIEL		RODRIGUEZ		KEYLA		YOLIGMA
Revisor fiscal suplente	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)		133. DV		134. Sociedad o firma designada		
	135. Fecha de nombramiento						
	2 0 2 4 0 8 2 0						
	136. Tipo de documento		137. Número de identificación		138. DV 139. Número de tarjeta profesional		
Contador	140. Primer apellido		141. Segundo apellido		142. Primer nombre		143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)		145. DV		146. Sociedad o firma designada		
	147. Fecha de nombramiento						
	148. Tipo de documento		149. Número de identificación		150. DV 151. Número de tarjeta profesional		
Contador	Cédula de Ciudadanía 1 3		4 0 9 3 2 0 6 5		3 1 5 3 8 2 7		
	152. Primer apellido		153. Segundo apellido		154. Primer nombre		155. Otros nombres
	MORALES		ANDRADE		BELQUIS		DEL CARMEN
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)		157. DV		158. Sociedad o firma designada		
159. Fecha de nombramiento							
2 0 2 1 1 1 0 1							



Procesos SECOP	Procesos	Contratos	Proveedores	Menú	Ir a
----------------	----------	-----------	-------------	------	------

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Documentos de ejecución del contrato borrados

Volver

Imprimir

Modificar

<

>

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fa
------------	-------------------	------------------	--------------------	--------------------------	----------------------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	8.401.656.551,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	8.401.656.551,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	8.401.656.551,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ ACTA DE INICIO CONTRATO No 44006312025 ASOCIACIÓN DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU ALEWASHI.pdf	ACTA DE INICIO CONTRATO No 44006312025 ASOCIACIÓN DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU ALEWASHI.pdf	Comprador	Descargar Detalle

	CTO_44006312025_PAGO_1.pdf (Archivado)	CTO_44006312025_PAGO_1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Notificacion cumplimiento de requisitos.pdf	Notificacion cumplimiento de requisitos.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 258325 CONTRATO 44006312025.pdf	RP 258325 CONTRATO 44006312025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO_44006312025_PAGO_1_.pdf	CTO_44006312025_PAGO_1_.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

MEMORANDO



Radicado No: 202548200000011403

Para: **EMILIS MARINA LIÑAN MURGAS**
Coordinadora Centro Zonal Riohacha 1

Asunto: **Designación supervisión contrato de aportes**

Fecha: 2025-08-04

Mediante el presente memorando nos permitimos comunicar que se le ha designado la supervisión del contrato que se describe a continuación, con fundamento en lo estipulado en la Guía de Supervisión del ICBF, la cláusula 11 del contrato de aportes y los respectivos estudios previos:

CONTRATO	CONTRATISTA	RP	FECHA APROBACIÓN GARANTÍA
44006312025	ASOCIACIÓN DE AUTORIDADES WAYUU ALEWASHI	258325 del 29 de julio de 2025	31/07/2025

Las condiciones del contrato las puede verificar ingresando con su usuario y contraseña en la plataforma SECOP II.

En desarrollo del rol de supervisor, deberá proceder a estudiar y apropiar las herramientas o instrumentos de supervisión definidos por el ICBF necesarios para realizar el seguimiento a la ejecución contractual, tales como lineamientos, manuales, memorandos, el contrato, anexos técnicos, etc., en concordancia en lo estipulado en la Guía para el Ejercicio de Supervisión e Interventoría de Contratos y Convenios Suscritos por el ICBF vigente.

De igual manera, deberá elaborar el acta de inicio del contrato (si aplica) cuyo original debe ser cargada en **plataforma SECOP II, Sección 7**, para archivarlo en la carpeta contractual.

www.icbf.gov.co



En general, el ejercicio de la supervisión implica verificar el cumplimiento de las obligaciones pactadas, de acuerdo con lo establecido en el contrato y los documentos que hagan parte del mismo; revisar los resultados de las visitas y demás acciones de seguimiento a la implementación de lineamientos, realizadas por los equipos de apoyo de las áreas misionales, así como de las auditorías y visitas de inspección, vigilancia y control existentes.

Finalmente, el registro de la Supervisión se hará a través del Formato de Informe de Supervisión del Contrato o Convenio, el cual se generará con la misma periodicidad en que se autoricen los desembolsos o pagos al contratista y deberá ser publicado en la plataforma SECOP II.

Cordialmente,



MAY BELLINY BADILLO BRITO
Directora (E) ICBF Regional Guajira

Aprobó: Jorge Ariza - Coordinador Grupo Jurídico 
Proyectó: José Cotes/Abogado Contratista - Grupo Jurídico

AUTORIZACION DESEMBOLSO

Desde Emilis Marina Liñan Murgas <Emilis.Linan@icbf.gov.co>

Fecha Mar 11/11/2025 18:08

Para PAGOS GUAJIRA <PAGOSGUAJIRA@icbf.gov.co>

CC Laidis Micaela Perez Rumbo <Laidis.Perez@icbf.gov.co>; Edgar Jose Salamanca Redondo <Edgar.Salamanca@icbf.gov.co>; Sandra Lucia Diaz Osorio <Sandra.Diaz@icbf.gov.co>; Jairo Jair Manotas Ibarra <Jairo.Manotas@icbf.gov.co>

Buenas tardes.

Para su conocimiento y fines pertinentes, notifico que han sido cargados los certificados de pago (F5) con sus respectivos anexos al SharePoint de Financiera; Por lo que se autoriza el pago según la siguiente información:

Contrato: 44006312025

Desembolso: 2

Vigencia: 2025

Programa: Nutrición

Carpeta: NOVIEMBRE

Cordialmente.



EMILIS MARINA LIÑAN MURGAS

Coordinadora

Centro Zonal Riohacha 1

ICBF Sede Regional La Guajira

Calle 15 | N° 15-01 sector 4 vías

Teléfono: 7272485

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**