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 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES WAYUU DE ALEWASHI						
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	825000331				
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONTRATO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	44006312025	FECHA SUSCRIPCIÓN	28 (día)	julio (mes)	2025 (año)
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 1 (día) agosto (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2025 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO	NO REPSONSABLE DEL IMPUESTO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	24 (día) noviembre (mes) 2025 (año)						

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No: 3	DE 5
VALOR A PAGAR	$ 1.750.157.677,00	EN LETRAS	Mil setecientos cincuenta millones ciento cincuenta y siete mil seiscientos setenta y siete (pesos m/l)
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) octubre (mes) 2025 (año)	HASTA	31 (día) octubre (mes) 2025 (año)

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUIS. DE BYS - 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-02-02-02-009-003-03	$ 1.750.157.677,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCO COMERCIAL AV VILLAS S.A	NÚMERO DE CUENTA	861099695	TIPO DE CUENTA	Ahorro

3. OBSERVACIONES

El operador cumplió con los requisitos para el tercer desembolso, los mismo fueron revisados y aprobados por el supervisor y se encuentran cargado en la ruta del SharePoint asignado por el centro zonal Riohacha 1

4. ANTICIPOS

VALOR A PAGAR	$ -	A EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE			
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR		
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	$	1.750.157.677,00
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR		
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$	1.750.157.677,00 B
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$	1.750.157.677,00

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN REGIONAL / SDG	ÁREA O C.Z.	FIRMA
EMILIS LIÑAN MURGAS	SUPERVISOR	LA GUAJIRA	CENTRO ZONAL RIOHACHA # 1	
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 RIOHACHA # 1	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC

NOMBRE	ÁREA	FIRMA	FECHA (dd/mm/aaaa)
EMILIS LIÑAN MURGAS	CZ RIOHACHA 1		24/11/2025

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO 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 EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN

NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

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

Riohacha, La Guajira 24 de Noviembre de 2025

CUENTADE COBRO No 003

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 sumade: Mil setecientos cincuenta millones ciento cincuenta y siete mil seiscientos setenta y siete (pesos m/l)

(**$1.750.157.677**)

Por concepto de: Tercer 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 BancoAVVILLAS

JOHN ENDRIS RAMIREZ SAPUANA
CC: 85.109.925
Cel: 3188587362
Representante Legal:

Banco AV Villas
NIT. 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"
NIT: 860.035.827-5

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

C E R T I F I C A:

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

CAP-IM1-119-V1

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 24días 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



FIRMA

Asoc Aleixashi - e 2024



INDICE DERECHO

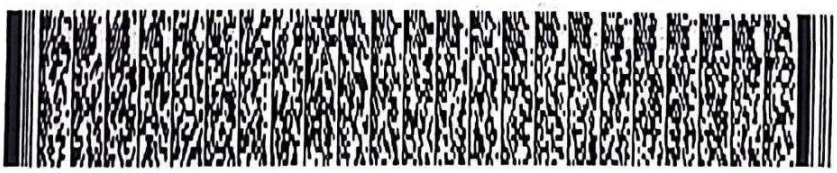
FECHA DE NACIMIENTO **21-MAY-1978**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-AGO-1996 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4800100-00745433-F-0040932398-20150911 0046377539A 1 44127690

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

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	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 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 9 3 2 3 9 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	La Guajira 4 4	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 1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

41. Dirección principal: CL 16 A 8 116 BRR EL PROGRESO

42. Correo electrónico: keylamagdaniel@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	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 0 4 0 2 2 7	0 0 1 0	2 0 1 4 0 9 2 5		2 4 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	5	2 2	4 9																							

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

Usuarios aduaneros																						Exportadores				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																								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 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.

Firma del solicitante:

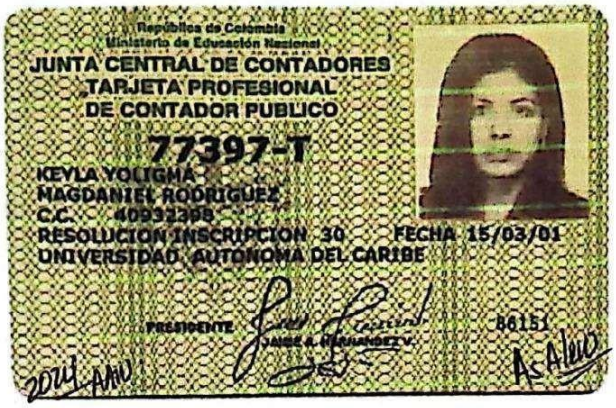
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

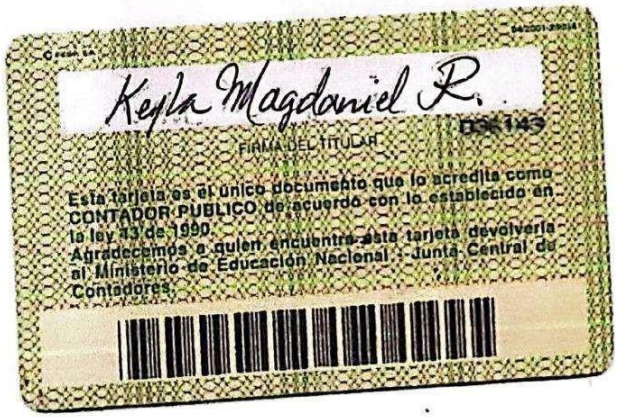
984. Nombre ROJAS SANCHEZ JORGE

985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
77397-T
KEYLA YOLIGHA
MAGDANIEL RODRIGUEZ
C.C. 40932388
RESOLUCION INSCRIPCION 30 FECHA 15/03/01
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL CARIBE
PRESIDENTE
JAIME A. HERNANDEZ V.
86151
2014 AAU



Keyla Magdaniel R.
FIRMA DEL TITULAR
D-6143
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 encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E8C84E3F88AAEA48

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

(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	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

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	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	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	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
4 4 0 0 1	3 1 8 5 8 7 3 6 2	3 0 0 2 2 9 9 6 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
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

	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
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

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 [ ] 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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ SAPUANA JOHN ENDRIS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

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	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	1	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. Matrícula 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		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 5 **Hoja 3**

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

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 8 1 1 0 6

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 1 1 9 6 9 8 8 7 2		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
RAMIREZ	SAPUANA	JOHN	ENDRIS

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

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

3

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

4

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

5

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

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

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 1 2 6 2 4 4 6 0 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RAMIREZ	EPIAYU	PEDRO	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 0 8 1 0	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 4 0 8 7 4 2 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
MEJIA	DUARTE	SILDER	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 0 8 1 0	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 1 1 8 8 3 3 3 4 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
CASTRO		ALFONSO	ALEXANDER

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 0 8 1 0	

4

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

5

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

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		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

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

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

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

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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

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 fac

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:	12.234.296.575,00 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:	12.234.296.575,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	12.234.296.575,00 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	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO_44006312025_PAGO_1.pdf (Archivado)	CTO_44006312025_PAGO_1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO_44006312025_PAGO_1_.pdf	CTO_44006312025_PAGO_1_.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

	CTO_44006312025_PAGO_2.pdf (Archivado)	CTO_44006312025_PAGO_2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO_44006312025_PAGO_2_.pdf	CTO_44006312025_PAGO_2_.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Notificiacion cumplimiento de requisitos.pdf	Notificiacion cumplimiento de requisitos.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RP 258325 ADICION CONTRATO 44006312025.pdf	RP 258325 ADICION CONTRATO 44006312025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RP 258325 CONTRATO 44006312025.pdf	RP 258325 CONTRATO 44006312025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

MEMORANDO

Radicado No: 20254820000011403

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.

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

Outlook

AUTORIZACION DESEMBOLSO

Desde Emilis Marina Liñan Murgas <Emilis.Linan@icbf.gov.co>
Fecha Lun 24/11/2025 18:16
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,

Cordial saludo,

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: 3
Vigencia: 2025
Programa: NUTRICION
Carpeta: NOVIEMBRE

Cordialmente.

BIENESTAR FAMILIAR

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**

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. ____44006312025___ DE 2025

INFORME PERIODICO , PARCIAL O FINAL (SI ES PERIODICO, INDICAR NÚMERO DE INFORME) _003

1. Datos generales

Período del informe (fecha de inicio de la ejecución hasta la terminación del plazo)	01/10/20205 hasta 31/10/2025	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)	Emilis liñan murgas	Fecha en la que realizo la supervisión (desde y hasta cuando) - En orden cronológico	01/10/2025 al 31/10/2025
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 Dirección: KM 18 CARR RIOHACHA-VALLEDUPAR CL 27 A 7 A 40		Cédula o NIT: 825.000.331 Correo electrónico: asociacionalewashiguajira@gmail.com	
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 : Certificacion 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 . (feha de expedición no mayor a 30 días)*		
Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal **(i)**:			

(i) 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):		Prorrogado hasta cuándo (si aplica):	
Fecha aprobación póliza de la prórroga:			

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 $ **8.401.656.551,00**

Aporte ICBF $ 8.156.948.108,00
Aporte Contratista (si aplica) $ 244.708.443,00

No. de CDP:	82725	Fecha CDP:	5/06/2025	Valor de CDP:	$ 8.156.948.108,00
No. de VF (si aplica)		Fecha VF:		Valor de VF:	
No. de RP:	258325	Fecha RP:	29/07/2025	Valor de RP:	$ 8.156.948.108,00

(+) ADICIONES

Fecha Documento Adición: Valor Adición:

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

No.CDP Adición:	Fecha inicial y/o de operación del CDP Adición:	Valor CDP Adición:	
No. de RP Adición:	Fecha inicial y/o de operación del RP Adición:	Valor RP Adición:	

Valor adición aporte contratista:

Fecha aprobación póliza de la adición

Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.

(-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución: Valor disminución :

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No.CDP disminución :	Fecha inicial y/o de operación del CDP disminución :	Valor CDP disminución :	
No. de RP disminución :	Fecha inicial y/o de operación del RP disminución :	Valor RP disminución :	

Valor disminución aporte contratista:

Fecha aprobación póliza de la disminución

Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones) $ 8.156.948.108,00

Valor anticipo (si aplica): Fecha pago anticipo (si aplica):

Porcentaje amortización (si aplica): Período facturado:

Forma de Pago:

Meses	Desembolso
Agosto	$ 1.223.542.216,00
Septiembre	$ 1.583.068.597,00
Octubre	$ 1.583.068.597,00
Noviembre	$ 1.583.068.597,00
Diciembre	$ 1.583.068.597,00

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

El supervisor certifica que durante la ejecución del contrato/ convenio No. XXXXX (NO existio contratación Derivada o existio derivada según aplique) .

No. de Contrato/convenio	Objeto del contrato/convenio	Fecha de inicio del contrato/convenio	Plazo del contrato/convenio	Valor total del contrato/convenio	Fecha de liquidación	Certificación del contratista
						Que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

Este aparte debe diligenciarse el cuadro 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 y las actas de liquidación. De no existir contratación derivada señalar que no aplica dentro del recuadro.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Ubicación del documento soporte	Observaciones
Agosto	**13/08/2025**	**$ 1.223.542.216,00**	**https://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F4400631202 5%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO%2F9%5FSEPTIEMBRE%2F02%5FINFORME%20FINANCIERO%20DESEMBOLSO%5F2&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&FolderCTID=0x012000B106E6F8FF160C4A8B76DC47A391E918$$$$**	
Septiembre	**11/11/2025**	**$ 472.041.959,00**	**https://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F4400631202 5%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO%2F9%5FSEPTIEMBRE%2F02%5FINFORME%20FINANCIERO%20DESEMBOLSO%5F2&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&FolderCTID=0x012000B106E6F8FF160C4A8B76DC47A391E918$$$$**	
Octubre	**24/11/2025**	**$ 1.750.157.677,00**		
Total		**$ 3.445.741.852,00**		

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				https://icbfgob-
2	$ 472.041.959,00			Se cancela valor ejecutado en el mes de septiembre del 2025	https://icbfgob-
3	$ 1.750.157.677,00			Se cancela valor ejecutado en el mes de octubre del 2025	https://icbfgob- my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov
4	0				
5	0				
TOTALES	$ 3.445.741.852,00				

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 fina, 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.*

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 rn 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 APORTE ICBF:	$ 8.156.948.108,00
VALOR APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 244.708.443,00
VALOR TOTAL ADICIONES	**$ 0,00**
VALOR ADICIÓN APORTE ICBF:	$ 0,00
VALOR ADICIÓN APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
VALOR TOTAL REDUCCIONES	**$ 0,00**
VALOR REDUCCIÓN APORTE ICBF:	$ 0,00
VALOR REDUCCIÓN APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
VALOR TOTAL CONTRATO O CONVENIO	**$ 8.401.656.551,00**
VALOR TOTAL APORTE ICBF	$ 8.156.948.108,00
VALOR TOTAL APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 244.708.443,00
VALOR TOTAL EJECUTADO:	**$ 3.560.414.098,00**
VALOR EJECUTADO APORTE ICBF:	$ 3.445.741.852,00
VALOR EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 114.672.246,00
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	$ 3.445.741.852,00
VALOR A LIBERAR A FAVOR DEL APORTE DEL ICBF:	$ 0,00
VALOR NO EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
SALDO POR PAGAR AL CONTRATISTA:	$ 4.711.206.256,00
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 siguentes situaciones, en caso de que no aplique dejar vacío :

Saldos 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 el (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 : " indicar de forma textual "
Saldos 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 XXXXXXXXX; así las cosas, se procederá a realizar la compensación del valor adeudado versus el valor de la sanción impuesta mediante resolución XXXXXXX la cual se estableció por la suma de XXXXXX. Esto de conformidad con la cláusula XXXX del contrato/convenio la cual señala que "XXXXXXXXXXX.

Fecha estado de cuenta _____

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	No. de anexo	Vigencia	
				Desde	Hasta
Responsabilidad civil y extracontratual	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 indenizaciones 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 induccion de talento humano, listado de asistencia	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_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_4406312025_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:	**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)**
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 aprobacion 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 induccion de talento humano, listado de asistencia	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_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_4406312025_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 cuentan con certificaciones iniciales de calibración y sus verificaciones intermedias.	SI	Certificados de calibracion de los equipos antropometricos	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:	**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)**
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_4406312025_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 informacion
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) (ii)	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_4406312025_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_4406312025_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 Ambienta	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE	
CLÁUSULA 1. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO	**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)**
1. Aportar en especie la suma de DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES Mcte ($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 EVIDENCIA EL GASTO DE LA CONTRAPARTIDA	https://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%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_4406312025_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_4406312025_INFORME TECNICO_OCTUBRE	
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 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 - RFPP. Así mismo, deberá presentar la información de los proveedores de alimentos de acuerdo con los documentos técnicos del ICBF.	SI	Acta de comité tecnico 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 rotulado o etiquetado nutricional 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_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME FINANCIERO_OCTUBRE_ 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	F5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN , F3.MT6.PP FORMATO DE CARACTERIZACION FAMILAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME FINANCIERO_OCTUBRE_ SUPERVISION	
8. Garantizar el cumplimento 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_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME FINANCIERO_OCTUBRE_ 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 Complementación Alimentaria) como ejes de la atención para garantizar un adecuado estado de salud y nutriciónde la población usuaria	SI	F5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN , F3.MT6.PP FORMATO DE CARACTERIZACION FAMILAR 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 version 2	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
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_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE_	
11. Garantizar el cumplimento de todas las actividades relacionadas con el PROCESO DE ATENCIÓN, de conformidad con lo establecido en Guía Operativa del servicio, sus anexos técnicos, formatos operativos y sus actualizaciones	SI	F5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN , F3.MT6.PP FORMATO DE CARACTERIZACION FAMILAR 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 version 2	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE_	
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 RFPP, REGISTRO FOTOGRAFICO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE_	
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 peresentaron 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_4406312025_SIGE _ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
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	OFICOS DE GESTION	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
16. Cumplir las orientaciones que sean definidasporel 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_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
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 falleciminetos
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) (ii)**	**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 cumpla y se mantenga 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_4406312025__SIAPD_ SUPERVISION	
20. Disponerdelos espacios adecuados para la realización de las actividades colectivas con los usuarios atendidos y sus familias,segúnlo 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_4406312025__SIAPD_ 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_4406312025__SIAPD_ 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 DESNUTRICIÓNF5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN _ F3.MT6.PP FORMATO DE CARACTERIZACION FAMILAR 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 version 2,F7.MT6.PP FORMATO DE MONITOREO DIARIO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
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_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE_	
24. Garantizar el suministro de la complementación alimentaria a los usuarios y su acompañante,de acuerdoc on 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_4406312025_SIGE_ALISTAMIENTO_ INFORME TECNICO _OCTUBRE_	
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 DESNUTRICIÓNF5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN _ F3.MT6.PP FORMATO DE CARACTERIZACION FAMILAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN F6.MT6.PP-FORMATO REGISTRO DE	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE _ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
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 DESNUTRICIÓNF5.MT6.PP-FORMATO OPERATIVO PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN _ F3.MT6.PP FORMATO DE CARACTERIZACION FAMILAR 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 version 2,F7.MT6.PP FORMATO DE MONITOREO DIARIO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE _ INFORME TECNICO _OCTUBRE	
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 pertinente, y documentarlas según las especificaciones dadas por el ICBF.	SI	F4.MT6.PP FORMATO ESTUDIO DE CASO	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIGE _ INFORME TECNICO _OCTUBRE_	
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_4406312025__SIAPD_ 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 Basico.		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. Articularlasacciones 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 ralizo 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_4406312025_INFORME TECNICO_OCTUBRE	

36. SEGUIMIENTO, REGISTRO Y PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN	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)
Realizar valoración, seguimiento y vigilancia del estado nutricional de los usuarios atendidos en el servicio, efectuando el registro de peso y talla, emitiendo la clasificación nutricional de cada usuario, según la periodicidad y metodología establecida por el ICBF y de acuerdo con lo estipulado en el Manual Técnico y Guía Operativa. En aquellos casos en los que se detecte desnutrición aguda deberá proceder de conformidad con la Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. PARÁGRAFO: Cuando por razones ajenas al operado no sea posible realizar la toma de seguimiento nutricional a alguno de los usuarios atendidos durante el periodo de la toma, deberá aportarse para cada caso la justificación y soporte de dicha situación, previa verificación del supervisor del contrato/contrato de aporte .	SI	*F7.MT6.PP-FORMATO DE MONITOREO DIARIO* *F7.MT6.PP-FORMATO VALORACIÓN NUTRICIONAL*	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME TECNICO_OCTUBRE	
36.1 Realizar el registro con oportunidad y calidad del 100% de la información de usuarios atendidos, tomas de seguimiento nutricional y registro de novedades en el sistema de información definido por el ICBF, que incluya las variables de las categorías de análisis del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD) del ICBF, en las condiciones y periodicidad que este defina para el servicio y de acuerdo con lo establecido en el Manual Técnico y Guía Operativa. PARÁGRAFO: En caso de identificar que el usuario está siendo atendido en más de un servicio del ICBF, el operador deberá reportar con los soportes requeridos la atención del usuario al administrador regional del Sistema de Información, con el fin de realizar el debido seguimiento y evitar concurrencias en la atención, dentro de los términos establecidos por el ICBF.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME ,SIAPD_ SUPERVISION	El presente es para informar que, en los contratos en Regional La Guajira, para el servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición, no está apareciendo la opción para cargar perímetro braquial de los usuarios. Adjunto respuesta del MIS en la cual no emiten ticket., para el perido se realizo plan de majora
36.2 Registrar con calidad y realizar las actualizaciones y modificaciones a que haya lugar, relacionadas con los datos geográficos en el sistema de información, correspondientes al 100% de las ubicaciones de las UDS y usuarios, asociando el punto georreferenciado expresado en Latitud N (Norte) S (Sur) y Longitud W (Oeste) E (Este), y de acuerdo con los documentos y las orientaciones impartidas por el ICBF.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.3 Realizar el registro y actualización permanente de la información en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina de forma veraz, completa, oportuna y comprobable de los usuarios atendidos y sus familias conforme a las disposiciones del ICBF.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME, SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.4 Realizar al inicio del contrato/contrato de aporte y cada vez que la operación lo requiera, el registro y actualización de la información en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, de los datos relacionados con el operador e información de los contratos/contrato de aporte s.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.5 Realizar al inicio del contrato/contrato de aporte y cada vez que el servicio lo requiera conforme a la aprobación del ICBF y en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, los datos actualizados de la unidad de servicio, conforme a las disposiciones y estándares establecidos por el ICBF.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.6 Registrar en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, la vinculación e información de los recién nacidos vivos hijos de las mujeres y personas en gestación usuarias, dentro los 30 días calendario siguientes a su nacimiento	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.7 Registrar información de los usuarios y sus familias de acuerdo con las directrices del ICBF, haciendo la vinculación a la Unidad de Servicio (UDS) con la fecha real del inicio de la atención, para lo cual debe recolectar la autorización de los padres o responsables (menores de edad) o del usuario (mayores de edad) para el tratamiento de datos personales, caracterización, lugar de residencia con la dirección conforme a los recibos de servicios públicos, o la georreferenciación conforme a los estándares definidos por el ICBF. 36.8 Registrar y actualizar permanente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, la información del talento humano contratado para la atención de los usuarios conforme a los estándares o lineamientos definidos por el ICBF	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.9 Registrar y actualizar oportunamente en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, las novedades de retiro o fallecimiento de usuarios y talento humano conforme se presenten durante la prestación del servicio.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.10 Registrar y mantener actualizada la información de asistencia de usuarios atendidos durante el periodo de corte, en los formatos y/o plataformas tecnológicas que el ICBF defina, garantizando la coherencia entre la información reportada en el registro mensual en SIM - Metas Sociales y Financieras (atenciones e inversión) y el sistema de información CUÉNTAME (Caracterización de usuarios)	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
36.11 Registrar y actualizar en las plataformas tecnológicas que el ICBF defina, la información relacionada con datos geográficos de ubicación de las Unidades de Servicio y usuarios atendidos, en los términos establecidos en los documentos y las orientaciones impartidas por el ICBF. PARÁGRAFO PRIMERO: Cuando por razones ajenas a los operadores del servicio, no sea posible registrar la información requerida por el ICBF en el Sistema de Información o en las plataformas tecnológicas que este disponga, deberá aportar la justificación y los soportes que sustenten dicha situación, la cual será validada por el supervisor y/o interventor del contrato/contrato de aporte del ICBF. PARÁGRAFO SEGUNDO: Se entiende por registro oportuno el cargue de la información antes referida dentro de los 5 días calendario posteriores al cierre de mes de prestación del servicio misional.	PARCIALMENTE	BASE _CUENTAME _OCTUBRE,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_ INFORME FINANCIEROS _ AGOSTO- DESEMBOLSO 1 , SEPTIEMBRE DESEMBOILSO 2- SITEMA DE INFORMACION CUENTAME , CARPETA SIAPD_ SUPERVISION	para el perido se realizo plan de majora, se generaron alertas y se realizaron mesas de trabajo
37. SEGUIMIENTOYSUPERVISIÓN	**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)**
Permitir y colaborar en el ejercicio de lasl abores de seguimiento y supervisión del ICBF, facilitando el acceso a toda la información y documentación técnica, administrativa y financiera relacionada con la prestación del servicio en virtud del recomendaciones y acciones que le sean requeridas para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones. Responder al ICBF, ante las siguientes situaciones: 37.1 Presentar oportunamente la respuesta a los planes de mejora solicitados por el ICBF, a partir de los resultados de la aplicación de los instrumentos de supervisión presente contrato de aporte , entregando los informes que le sean solicitados y adoptando las	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	
37.2 Dar cumplimiento a los planes de mejora derivados de las auditorías de calidad, de las visitas de inspección, vigilancia y control, de las visitas de supervisión contractual y de seguimiento a la implementación del Manual Técnico y Guía Operativa, o de las otras actividades de vigilancia y control del ICBF.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	
37.3 Cumplir con lo establecido en el Manual Técnico y la Guía Operativa del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN,INFORME TECNICO MESES DE OCTUBRE	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION_INFORME FINANCIERO_AGOSTO-SEPTIEMBRE	
37.4 Ejecutar la contrapartida en el concepto y valor estipulados y de acuerdo con los periodos acordados en el primer comité técnico operativo, presentando para ello los soportes y evidencias solicitados por la supervisión del contrato de aporte y cuya ejecución deberá iniciarse máximo durante los primeros 60 días de la prestación del servicio	SI	CUENTAS DE COBRO Y FACTURAS QUE EVIDENCIA EL GASTO DE LA CONTRAPARTIDA	https://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dd688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&FolderCTID=0x012000B106E6F8FF160C4A8B76DC47A391E9	
37.5 Firmar las actas de visitas de auditorías de calidad, visitas de inspección, vigilancia y control, visitas de supervisión contractual y de seguimiento a la implementación de la Guía Operativa y demás que surjan de actividades de vigilancia y control del ICBF.	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	
37.6 Permitir el ingreso y permanencia de los profesionales del ICBF durante el tiempo que sea necesario para la realización de las visitas de auditoría de calidad, visitas de inspección, vigilancia y control, visitas de supervisión contractual y de seguimiento a la implementación de la Guía Operativa y las que surjan de otras actividades de vigilancia y control del ICBF	SI	INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	
37.7 Responder el 100% de los requerimientos realizados por el supervisor del contrato de aporte en el plazo indicado por este, suministrando para ello los soportes que demuestren el cumplimiento de la obligación contractual sobre la cual se hace el requerimiento				
37.8 Asistir a los comités técnicos operativos, garantizando la participación del Representante Legal de la E.S.E, o su delegado, (éste último, mediante poder escrito que indique que se encuentra facultado para la toma de decisiones que se den en el marco del comité) para la implementación, el seguimiento, monitoreo y evaluación de la ejecución del contrato de aporte	SI	Acta de comité tecnico operativo	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ ACTA CTO	

37.9 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 (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)**
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://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%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 actuacionesadministrativas a las que haya lugarfirmado, 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 establezca el ICBF de acuerdo con lo exigido en la Resolución 8300 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 aperturar 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://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&FolderCTID=0x012000B106E6F8FF160C4A8B76DC47A391E918	
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 reintegros, 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 descuente del saldo a favor, el valor correspondiente al reintegro que se llegase a causar. 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://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&FolderCTID=0x012000B106E6F8FF160C4A8B76DC47A391E918	
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://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2Dd974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&FolderCTID=0x012000B106E6F8FF160C4A8B76DC47A391E9	
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**		
39. TALENTO HUMANO:	**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)**
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_4406312025_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 actualizarla 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 perido se realizo plan de majora

40. DOTACIÓN ADQUIRIDA O RECIBIDA POR EL CONTRATISTA PARA EL DESARROLLO DEL PRESENTE CONTRATO DE APORTE:	**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)
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 gasto, una vez sean adquiridos bienes muebles con recursos entregados por el ICBF, junto con las correspondientes facturas	**SI**	acta de recibo	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_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_4406312025__ 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 devolucion	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_DOTACION	Para el periodo la entidad realizo devolucion 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_4406312025__ 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_4406312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_DOTACION	
41.COMPRAS LOCALES: ELCONTRATISTA deberá dar cumplimientoala 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://icbfgob-my.sharepoint.com/personal/yudis_lyons_icbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fyudis%5Flyons%5Ficbf%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FCONTRATOS%5F2025%2F44006312025%2FCOMPONENTE%20FINANCIERO&viewid=e2ee2e44%2Dc688%2D4946%2D8e7c%2D0d974a4a1a040&CT=1762869877590&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=6b59c1f8%2D4730%2D228e%2D7431%2D4d550179b745&e=5%3A89edd6f61ca9439a9ad74f22b1f2a0de&sharingv2=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 primario a la Regional o Centro Zonal en los primeros 15 días calendario del mes	**SI**	Correo elctronico . F5.P5.PP Formato Visita Inspección Preliminar,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_SIAPD_ ALISTAMIENTO_AAVN	Pantallazo correo electronio 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_4406312025__ 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 interventoria NSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN,	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025_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, asícomo los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes.	**SI**	**N/A**		Para el periodo no se presentaron novedades
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 entrega de AAVN a beneficiarios versión 4	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	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_4406312025__ 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**	Acta de Visita de ssupervision	SHAREPOINT-ONEDRIVE_CONTRATOS2025_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	
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	**SI**			Actas de verificacion 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_4406312025__ 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 ejecucion
43. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven de la ley, reglamento o los lineamientos vigentes.	**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_4406312025__ SIAPD_ SUPERVISION	

(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" debera justificar por que no se requirio y como esto no constituye un posible incumplimiento.Si el supervisor señala que una obligación esta "PENDIENTE" en el Informe Final de Supervisión se debera señalar las acciones sancionatorias adelantadas frente al mismo. Si el supervisor señala que una obligación es "PARCIAL" en el Informe Final de Supervisión se debera señalar el porcentaje de ejecución realizado y el pendiente de cumplimiento y debera 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?	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.

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

16. Certificación

El supervisor, con la suscripción del presente informe, certifica que el contratista cumplió con su obligación de acreditar los pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

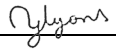
Fecha emisión de Informe 9/11/2025

Firma 

EMILIS LINAN MURGAS
Cargo Supervisor

Firma 

JAIRO JAIR 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.

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