Formato de supervisión de ejecución presupuestal

1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Fecha de diligenciamiento	23/10/2025	**Regional:**	ATLANTICO		
Nombre del responsable de la operación:	ESE Hospital de Baranoa	**N° Contrato o convenio**	8004412025	**Cupos mensuales del contrato o convenio:**	300
Plazo en Meses:	5	**N° Póliza**	100025750		
Fecha Suscripción:	19/06/2025	**Fecha Inicio:**	1/07/2025	**Fecha Finalización:**	31/12/2025

2. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

Aporte del ICBF	Aporte del responsable de la operación	Valor del contrato y/o convenio
$ 963.609.043,00	**$ 28.908.272,00**	**$ 992.517.315,00**

N° de cuenta bancaria	59500001401	**Entidad bancaria**	BANCOLOMBIA SA	**Tipo de cuenta**	Ahorros

3. INFORMACIÓN DEL PERIODO

Período del Informe:	3 MES 2025	**Fecha de inicio del Período del Informe:**	1/09/2025	**Fecha de fin del Período del Informe:**	30/09/2025
Número de atenciones en el Período:	300				

4. INFORMACIÓN DE ESTRUCTURA DE COSTOS

ENTORNO: EXTRAMURAL

CONCEPTO - APORTES ICBF	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL CONVENIO
Raciones Familiares para Preparar - RFPP	1500	$ 354.895	$ 532.342.500
Preparación demostrativa y comunitaria	1500	$ 4.763	$ 7.144.500
Profesional con funciones de coordinación	1	$ -	$ -
Profesional en pedagogía	1	$ 4.108.091	$ 20.540.455
Dinamizador de acciones complementarias en el marco del	1	$ 2.427.898	$ 12.139.490
Apoyo administrativo	1	$ 2.246.058	$ 11.230.290
Profesional Nutricionista	3	$ 4.108.091	$ 61.621.365
Profesional del área social	3	$ 4.108.091	$ 61.621.365
Auxiliar de Enfermería	3	$ 3.928.638	$ 58.929.570
Gestores Comunitarios	3	$ 2.246.058	$ 33.690.870
Transporte	1	$ 3.533.364	$ 17.666.820
Dotación Inicial	1	$ 28.427.668	$ 28.427.668
Elementos entregables para la dinamización del DHAA	1	$ 27.326.007	$ 27.326.007
Elementos de Aseo - Talento Humano	N/A	$ 97.491	$ 487.455
Papelería	N/A	$ 1.341.306	$ 6.706.530
Comunicaciones	N/A	$ 283.721	$ 1.418.605
Material para fortalecimiento VBC	N/A	$ 1.082.389	$ 5.411.945
Gastos operacionales 8,24%	8%		$ 73.064.528
Sub Total Aportes ICBF Entorno Intramural	**$**		**959.769.963,00**

ENTORNO: INTRAMURAL

CONCEPTO - APORTES ICBF	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL CONVENIO
Auxiliar de Enfermería			
Aseo para Niñas y Niños			
Aseo Punto de Atención Intramural			
Servicios Públicos			
Arriendo			
Dotación Inicial	N/A		$ -
Sub Total Aportes ICBF Entorno Intramural	**$**		-

5. INFORME DE EJECUCION PRESUPUESTAL

CONCEPTO - APORTE ICBF		Ejecución del periodo	Valor Ejecutado	Saldo sin ejecutar en el periodo	Ejecución Acumulada	Saldo sin ejecutar total	% Ejecución
Costos Variables Entorno Extramural	Raciones Familiares para Preparar - RFPP		$ 106.468.500				
	Preparación demostrativa y comunitaria		-$ 1.428.900				
Costos Fijos Entorno Extramural	Profesional con funciones de coordinación						
	Profesional en pedagogía		-$ 4.108.091				
	Dinamizador de acciones complementarias en el marco del DHAA*		-$ 2.427.898				
	Apoyo administrativo		-$ 2.246.058				
	Profesional Nutricionista		$ 12.324.273				
	Profesional del área social		$ 12.324.273				
	Auxiliar de Enfermería		$ 11.785.914				
	Gestores Comunitarios		$ 6.738.174				
	Transporte		-$ 3.533.364				
Costos Indirectos Entorno Extramural	Dotación Inicial		-$ 38.980.106				
	Elementos entregables para la dinamización del DHAA		-$ 38.692.757				
	Elementos de Aseo - Talento Humano		-$ 97.491				
	Papelería		-$ 1.341.306				
	Comunicaciones		-$ 283.721				
	Material para fortalecimiento VBC		-$ 1.082.389				
Costos Fijos Entorno Intramural	Auxiliar de Enfermería						
	Aseo para Niñas y Niños						
	Aseo Punto de Atención Intramural						
	Servicios Públicos						
	Arriendo						
Costos Indirectos Entorno Intramural	Dotación Inicial						
Subtotal ejecutado		$ -	$ 55.419.053	$ -	$ -	$ -	100%
Subtotal gastos operacionales		$ -	$ 4.566.530	$ -	$ -	$ -	100%
Gravamen movimiento financiero		$ -	$ 239.942	$ -	$ -	$ -	100%
Totales		$ -	$ 60.225.525	$ -	$ -	$ -	100%

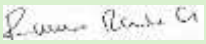
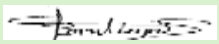
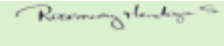
6. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

De conformidad a la información evidenciada ¿Considera usted que se requiere un plan de mejora?	NO	(Se debe adjuntar a este documento)
Si su respuesta es positiva, ¿Usted considera que lo encontrado en la visita puede considerarse un presunto incumplimiento?	NO	

Observaciones	Se realizó un descuento para las ESE dado que no se disminuyó en el primer mes de ejecución.

FIRMAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Representante Legal	Contador Público / Revisor Fiscal	Supervisor y/o apoyo
Nombres y Apellidos	*Nombres y Apellidos*	*Nombres y Apellidos*

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA		LIZET PATRICIA SANTIAGO POLO		ROSEMARY MENDOZA SOTO	
Numero de telefono	*Correo electronico*	*Numero de telefono*	*Correo electronico*	*Numero de telefono*	*Correo electronico*
3185572144	gerencia@esehospitaldebaranoa.gov.co	6053161198	contabilidad@esehospitaldebaranoa.gov.co	3166167377	rosemary.mendoza@icbf.gov.co
Firma	*N° de documento de identidad*	*Firma*	*N° de documento de identidad*	*Firma*	*N° de documento de*
	1.048.204.734		22.459.051		22.468.604