FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 13008702025
INFORME PARCIAL

1. Datos generales

Número de contrato/convenio: **13008702025**

Período del informe	29/12/2025 -31/05/2026		
Tipo de contrato/convenio	CONTRATO DE APORTE	Fecha suscripción contrato/convenio: **06/11/2025**	
Valor Inicial del contrato/convenio	$ 1.058.438.284	Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo): 31/05/2026	

Objeto

AUNAR ESFUERZOS HUMANOS, TÉCNICOS, TECNOLÓGICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN DEL ICBF, EN CONCURRENCIA CON LOS SERVICIOS PROPIOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO PARA EL MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA

Alcance del objeto (si aplica)

N/A

2. Datos supervisor

Nombre y cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	**CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ Coordinadora Centro Zonal Simiti**	Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio)	**CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ Coordinadora Centro Zonal Simiti**
Nombre y cargo Supervisor ICBF (según memorando de designación, si aplica)	**CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ Coordinadora Centro Zonal Simiti**	Fecha memorando de designación de supervisión (si aplica)	
Nombre Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)	**CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ Coordinadora Centro Zonal Simiti**	Supervisores otras entidades (cooperantes) - (Si aplica)	**N/A**
Otros supervisores **(*)**	**N/A**	Cargos de otros supervisores	**N/A**

(*) Si se trata de varios supervisores, deberán relacionarse todos.

3. Datos contratista

Nombre Contratista:	EMP SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN SEBASTIAN DE MORALES BOLIVAR	Cédula o NIT:	806007002-0
Dirección:	KM 1 VIA PUERTO BOLIVAR	Correo electrónico:	HOSPITAL SAN SEBASTIAN <tesoreria.hospitalsansebastian@gmail.com>
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:	**JAVIER LEONARDO BADILLO DIAZ**	Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación **(i):**	**JAVIER LEONARDO BADILLO DIAZ**

Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal **(i)**:

***(i)** Estos datos sólo deberán diligenciarse en el Informe Final para liquidación.*

4. Plazo de duración del contrato/convenio

Desde cuándo:	9/12/2025	Hasta cuándo:	31/05/2026
Fecha aprobación pólizas:	3/12/2025	Fecha expedición R.P.:	11/11/2025
Fecha acta de inicio:	29/12/2025	Fecha inicio del contrato/convenio:	**29/12/2025**
Fecha documento de Prórroga (si aplica):	**N/A**	Prorrogado hasta cuándo (si aplica):	**N/A**
Fecha aprobación póliza de la prorroga:	**N/A**	Fecha de terminación:	**N/A**

Si se presentan más prórrogas, incluir más filas para éstas.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

5. Información presupuestal

Valor Inicial del contrato/convenio $ 1.058.438.284

Aporte ICBF	**$ 1.027.233.769,00**
Aporte Contratista (si aplica)	**$ 31.204.515,00**

No. de CDP:2025	**106925**	Fecha CDP:	**4/11/2025**	Valor de CDP:	**$ 6.270.007,00**
No. de RP:2025	**235625**	Fecha RP:	**11/11/2025**	Valor de RP:	**$ 6.270.007,00**
No. de CDP:2026	**326**	Fecha CDP:	**2/01/2026**	Valor de CDP:	**$ 1.020.963.762,00**
No. de RP:2026	**326**	Fecha RP:	**2/01/2026**	Valor de RP:	**$ 1.020.963.762,00**

(+) ADICIONES

Fecha Documento Adición: **N/A** Valor Adición: **N/A**

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

No.CDP Adición:	**N/A**	Fecha CDP Adición:	**N/A**	Valor CDP Adición:	**N/A**
No. de RP Adición:	**N/A**	Fecha RP Adición:	**N/A**	Valor RP Adición:	**N/A**

Valor adición aporte contratista: **N/A**

Fecha aprobación póliza de la adición **N/A**

Si se presentan más adiciones, incluir filas para éstas.

(-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución: **N/A** Valor disminución : **N/A**

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No.CDP disminución :	**N/A**	Fecha CDP disminución :		Valor CDP disminución :	**N/A**
No. de RP disminución :	**N/A**	Fecha RP disminución :		Valor RP disminución :	**N/A**

Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones) **N/A**

Valor anticipo (si aplica): **N/A** Fecha pago anticipo (si aplica): **N/A**

Porcentaje amortización (si aplica): **N/A** Período facturado: **N/A**

Forma de Pago:

16. Forma de pago o desembolso: El ICBF desembolsará su aporte al convenio en dinero de la siguiente manera: El valor correspondiente al PRIMER DESEMBOLSO, por el valor del recurso de la vigencia 2025, se cancelará previa entrega de los siguientes productos: plan de inducción del talento humano, presentación de hojas de vida del talento humano propio del servicio, informe de caracterización e identificación de potenciales usuarios con base en revisión de fuentes secundarias. El desembolso se realizará contra la presentación de los productos descritos en el presente numeral a satisfacción del supervisor del ICBF; y su legalización afectará el rubro de gastos operacionales conforme a la estructura de costos que hace parte integral del presente convenio y la certificación de cumplimiento por parte del supervisor del ICBF. En el año 2026, un SEGUNDO DESEMBOLSO correspondiente al periodo de ejecución comprendido entre el 1 al 31 de enero de 2026 el cual se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio, Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar; a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El TERCER DESEMBOLSO correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 28 de febrero de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El CUARTO DESEMBOLSO correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 31 de marzo de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de EL ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El QUINTO DESEMBOLSO correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 30 de abril de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal de El ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. El SEXTO DESEMBOLSO correspondiente al periodo comprendido entre el 1 al 31 de mayo de 2026, se cancelará mes vencido, conforme a los conceptos de gasto contenidos en la estructura de costos la cual hace parte integral del presente convenio. Para tal efecto, el ALIADO deberá presentar: a) Soporte de focalización de beneficiarios; b) relación de beneficiarios atendidos y registrados en el sistema de información definido por el ICBF; c) Ficha de ingreso de beneficiarios; d) Soporte entrega de la complementación alimentaria: Ración Familiar para Preparar, Alimentos de Alto Valor Nutricional; e) Soportes de las remisiones efectuadas en el mes a las modalidades de atención del ICBF; f).certificado del pago de los honorarios o salario al talento humano contratado por El ALIADO para el servicio, del pago de su seguridad social en salud, pensiones, parafiscales y ARL, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; g) Informe que dé cuenta del cumplimiento de las actividades desarrolladas en el mes por el talento humano desagregado por perfil; h) Certificación del pago al equipo del servicio, emitido por el Revisor Fiscal si a ello hubiere lugar o por el Representante Legal; i) Soportes que evidencien la inversión de los recursos de la contrapartida; j) Formatos que dan cuenta de la prestación del servicio que brindó El ALIADO de acuerdo con lo establecido en la guía operativa del servicio; k) Planilla de pago de retención en la fuente, correspondiente al formato establecido por la DIAN para este efecto. Debe venir firmado por el representante legal del ALIADO y con constancia de pago en la Entidad Bancaria, y la certificación del supervisor del ICBF. Adicionalmente, el ALIADO deberá presentar certificación de entrega de los elementos de dotación adquirida con recursos del ICBF al supervisor del convenio; certificación e informe de cumplimiento de ejecución del 100% de la contrapartida; informe final de actividades que dé cuenta de la ejecución de cada una de las etapas del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición conforme a los lineamientos brindados por parte del supervisor del convenio.

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

El supervisor certifica la existencia de contratación derivada del Contrato (Convenio) No. N/A de N/A, consistente en N/A (cantidad) contratos, suscritos por N/A (contratante), con el fin de N/A (objeto). De igual manera allega relación de dicha contratación, en N/A folios, en la cual se identifica el número de contrato, la fecha de suscripción, el contratista, el objeto, la duración, el valor, observaciones generales y la certificación expresa del Contratante de que dicha contratación derivada se encuentra finalizada y/o liquidada, y de que todos sus contratistas se encuentran a paz y salvo por todo concepto.

Este aparte sólo debe diligenciarse en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de paz y salvo debidamente suscrita por el Contratante correspondiente.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Periodo certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Observaciones
29/12/2025 - 31/12/2025	**27/03/2026**	**$ 6.270.007**	

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

8. Pagos Efectuados según estado de cuenta o información suministrada por la Dirección Financiera

Número de pago/desembolso, según cláusula de forma de pago	Valor de desembolsos según minuta contractual (A)	Valor pagado o desembolsado (B)	Diferencia (A-B)	Fecha y número de la orden de pago correspondiente	Observaciones (si el valor pagado fue diferente al pactado en la minuta, describir breve justificación, descuentos y concepto de los mismos)
1	$ 6.270.007				N/A
2					N/A
3					
4					
5					
6					
TOTALES		$ 0	$ -		

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

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción
N/A	N/A	N/A
TOTAL		

10. Reintegros efectuados (si aplica)

Fecha reintegro	Valor reintegro	Comprobante reintegro	Concepto reintegro
N/A	N/A	N/A	N/A

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

Concepto		Valor
Valor Inicial del convenio o contrato	Aporte inicial en dinero por EL ICBF	$ 1.027.233.769,00
	Aporte inicial en especie por EL ICBF	
	Aporte inicial en dinero por CONTRATISTA	$ 31.204.515,00
	Aporte inicial en especie por CONTRATISTA	
	Total	$ 1.058.438.284,00
Valor adiciones	Adición aporte ICBF	
	Adición aporte CONTRATISTA	
	Total	
Valor disminuciones	Disminuciones aporte ICBF	
	Disminuciones aporte CONTRATISTA	
	Total	
Valor total del convenio o contrato	Aporte dinero por EL ICBF	$ 1.027.233.769,00
	Aporte en especie por EL ICBF	
	Aporte en dinero por CONTRATISTA	$ 31.204.515,00
	Aporte en especie por CONTRATISTA	
	Total	$ 1.058.438.284,00
Valor total pagado por el ICBF		
Valor total ejecutado recursos del ICBF		
Recursos reintegrados al ICBF		
Valor consignaciones - rendimientos financieros (si aplica)*		
Valor total ejecutado recursos del CONTRATISTA		
Saldo pendiente por reintegrar al ICBF		$ -
Saldo Pendiente por Pagar		$ -
Saldo pendiente por liberar **		

** Para el informe fina,l debe adjuntarse a este documento extractos de cuenta bancaria que soporten el valor reportado de rendimientos financieros, copias de consignaciones de rendimientos y certificación de la Dirección Finaciera que avale dichas consignaciones.*

Fecha estado de cuenta _____

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

12. Garantías

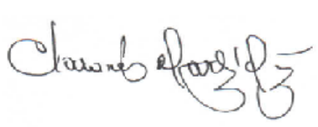
Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia	
			Desde	Hasta
CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	400 47 994000111511 - 400 74 994000028531	29/12/2025	30/11/2026
CALIDAD DEL SERVICIO			29/12/2025	30/11/2026
Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones laborales			29/12/2025	31/05/2029
Responsabilidad Civil Extracontractual			29/12/2025	31/05/2026

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.*

11. 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 **27/03/2026**



CLARA INES MARTINEZ MUÑOZ
Coordinadora Centro Zonal Smiti

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