FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 27004392025 DE 2025

INFORME FINAL (SI ES PERIODICO, INDICAR NÚMERO DE INFORME) 03

1. Datos generales

Período del informe (fecha de inicio de la ejecución hasta la terminación del plazo)	OCTBRE 2025.	Número de contrato/convenio:	27004392025
Tipo de contrato/convenio:	CONVENIO	Fecha suscripción contrato/convenio en las plataformas CCE:	23/09/2025
Valor **Inicial** del contrato/convenio	El valor total del presente convenio sera hasta por la suma de CUARENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS MIM/CTEM/CTE ($45.335.289,6) representados en el suministro de 4.809,6 (cantidad total del convenio en kilogramos de	Plazo de Ejecución **Inicial** (hasta cuándo):	31/12/2025
		Plazo de Ejecución **Final** (hasta cuándo): De conformidad con la última prórroga	31/12/2025

Objeto: AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS APORTANDO ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL PARA ADULTO MAYORES EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE TADO

Alcance del objeto (si aplica)

2. Datos supervisor

Cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)	COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL TADÓ		
Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio - En orden cronológico)	LEYDI DEL SOCORRO RENTERIA MURIEL-COORDINADORA CZT	Fecha en la que realizo la supervisión (desde y hasta cuando) - En orden cronológico	DESDE EL 17/10/2025 HASTA 31/12/2025
Nombre y cargo del Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)	LEYDI DEL SOCORRO RENTERIA MURIEL-COORDINADORA CZT	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:	MUNICIPIO DE TADÓ	Cédula o NIT:	891680081
Dirección:	TADÓ-CHOCO	Correo electrónico:	alcaldia@tado-choco.gov.co
Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:	JUAN CARLOS PALACIOS AGUALIMPIA		
Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación **(i):**		Identificación:	1076381904
Documentos que acreditan la competencia y facultades para liquidar	*Certificacion de existencia y representación legal expedido por xxxxxxxx, certificación de reconoccimiento de personeria 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:	17/10/2025	Fecha de terminación	31/12/2025
Fecha aprobación pólizas:	17/10/2025	Fecha expedición R.P.:	
Fecha acta de inicio (si aplica):	17/10/2025		
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.

5. Información presupuestal

Valor **Inicial** del contrato/convenio	$ -
Aporte ICBF	
Aporte Contratista (si aplica)	$ -

No. de CDP:	N/A	Fecha CDP:	N/A	Valor de CDP:	$ -
No. de VF (si aplica)	N/A	Fecha VF:	N/A	Valor de VF:	$ -
No. de RP:	N/A	Fecha RP:	N/A	Valor de RP:	$ -

(+) ADICIONES

Fecha Documento Adición: | Valor Adición: $ -

Descripción del concepto de adición realizada en el periodo:

No.CDP Adición:	N/A	Fecha inicial y/o de operación del	N/A	Valor CDP Adición:	$ -
No. de RP Adición:	N/A	Fecha inicial y/o de operación del	N/A	Valor RP Adición:	$ -

Valor adición aporte contratista:	$ -
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 : $ -

Descripción del concepto de disminución realizada en el periodo:

No.CDP disminución :	N/A	Fecha inicial y/o de operación del CDP disminución :	N/A	Valor CDP disminución :	$ -
No. de RP disminución :	N/A	Fecha inicial y/o de operación del RP disminución :	N/A	Valor RP disminución :	$ -

Valor disminución aporte contratista:	$ -
Fecha aprobación póliza de la disminución	N/A

Si se presentan más disminuciones, incluir filas para éstas.

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones) $ -

Valor anticipo (si aplica):		Fecha pago anticipo (si aplica):	
Porcentaje amortización (si aplica):		Período facturado:	

Forma de Pago:	El valor total del presente convenio será hasta por la suma de CUARENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS MIM/CTEM/CTE ($45.335.289,6) representados en el suministro de 4.809,6 (cantidad total del convenio en kilogramos de Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada). PARAGRAFO: Tomando en consideración que el costo de la Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada, es variable de acuerdo con el periodo de entrega, el suministro del producto estará sujeto al agotamiento del recurso definido o el vencimiento del plazo del mismo o la cantidad 3.672 kilos máxima a distribuir definidos en el presente convenio, lo que ocurra primero. El precio del Kilogramo a la fecha es de $ 9.426 para la Bienestarina Más® y de $9.858 para la Bienestarina Más® Saborizada.

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

El supervisor certifica que durante la ejecución del contrato/ convenio No. **27004392025** (NO existio contratación Derivada o existio derivada según aplique) .

No. de Contrato/convenio	Objeto del contrato/convenio	Fecha de inicio del contrato/con	Plazo del contrato/convenio	Valor total del contrato/convenio	Fecha de liquidación	Certificación del contratista
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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 exisitir contratación derivada señalar que no aplica dentro del recuadro.

7. Certificaciones para pagos suscritas por el supervisor

Período certificado	Fecha de certificación	Valor pagado	Ubicación del documento soporte	Observaciones
TOTAL		**$** -		

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	Ubicación del documento soporte
TOTALES	**$** -				

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
N/A	N/A	N/A
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:	**$ 45.335.289,60**
VALOR APORTE ICBF EN ESPECIES:	$ 45.335.289,60
VALOR APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
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	**$ 45.335.289,60**
VALOR TOTAL APORTE ICBF EN ESPECIES	$ 45.335.289,60
VALOR TOTAL APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
VALOR TOTAL EJECUTADO:	**$ 45.335.289,60**
VALOR EJECUTADO APORTE ICBF EN ESPECIES	$ 45.335.289,60
VALOR EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA EN ESPECIES	$ 45.335.289,60
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:	$ 0,00
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:	
Estado de los recursos a liberar:	
Saldos pendientes por pagar	
Estado de los recursos reintegrados:	
Compensación por sanción impuesta al contratista	

Fecha estado de cuenta _____

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	Vigencia	
			Desde	Hasta
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**SEGUROS DEL ESTADO**	55-44-101086383	19/09/2025	30/06/2026
CALIDAD DEL SERVICIO			19/09/2025	30/06/2026
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES			19/09/2025	31/12/2028

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.*

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)			N/A	N/A	N/A	$ -
Declaratoria de incumplimiento con cobro de perjuicios. (art. 17 Ley 1150 de 2007)	Total		N/A	N/A	N/A	$ -
	Parcial		N/A	N/A	N/A	$ -
Caducidad (art. 14, 18. Ley 1150 de 2007)			N/A	N/A	N/A	$ -

14. Cumplimiento de Obligaciones

OBLIGACIONES ASOCIADAS A LOS EJES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	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)
GESTION 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	HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL CONTRATADO	ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
2.Socializar con el equipo de trabajo que realiza las actividades definidas en el convenio, la información básica del ICBF (Misión, Visión, NormatividadInterna vigente, Objetivos Estratégicos, Políticas y Sistema Integrado de Gestión SIGE) así como dar a conocer los diferentes documentos (lineamientos técnicos, manuales, procedimientos, guías, formatos entre otros) necesarios para la operación de los servicios	SI	ACTA DE SOCIALIZACION	ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
3.Entregar los resultados de la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio o bien adquirido.	SI	BASE DE DATOS DE LOS BENEFICIARIOS	ARCHIVOS CZ	
4.Identificar y gestionar acciones de mejora que fortalezcan de manera adecuada la prestación de servicio.	N/A	N/A	N/A	NO SE PRESENTARON DURANTE EL PERIODO
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 contractual.	SI			BUZON DE SUGERENCIAS
6.Contar con un registro de los documentos utilizados para la operación del servicio y de ser necesario, deberá presentar el control de los cambios realizados.	SI			FORMATOS PARA LA ENTREGA DE BIENESTARINA
SEGURIDAD DE LA INFORMACION	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación**	**Ubicación del documento soporte en el expediente contractual**	**Observaciones (iv)**
1.Suscribir un documento de compromiso de confidencialidad el cual deberá ser entregado al supervisor del convenio una vez se firme el convenio.	SI	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	ARCHIVOS CZ	
2.Informar al supervisor, en el momento que ocurran incidentes de seguridad que afecten la disponibilidad, integridad y/o confidencialidad de la información del ICBF, en el marco de la ejecución del convenio.	N/A	N/A	N/A	NO SE PRESENTARON INCIDENTES DE SGURIDAD DURANTE EL PERIODO
3.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.	SI	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD	ARCHIVOS CZ	
4.Prever el Plan de Recuperación y contingencia del servicio contratado antes los eventos que puedan afectar el cumplimiento de la ejecución de este.	N/A	N/A	N/A	NO SE PRESENTÓ PARA EL PERIODO
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación**	**Ubicación del documento soporte en el expediente contractual**	**Observaciones (iv)**
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 convenio	N/A	N/A	N/A	NO SE PRESENTÓ DURANTE EL PERIODO
2.Realizar la inducción al equipo de trabajo que se empleará durante la ejecución del convenio en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.	SI	ACTA DE INDUCCION Y CAPACITACION	ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
3.Suministrar a los colaboradores vinculados para la ejecución del convenio los elementos de protección personal requerido para la realización de sus actividades.	SI			EVIDENCIADO DURANTE VISITAS DE SEGUIMIENTO
4.Presentar el concepto médico ocupacional favorable de los colaboradores vinculados para la ejecución del convenio	SI	CONCEPTOS MEDICO OCUPACIONAL	ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
5.Informar al ICBF los Accidentes de Trabajo y enfermedad Laboral -- ATEL del personal a cargo de la Entidad Territorial, reportados a la ARL y EPS, durante el plazo de ejecución del convenio.	N/A	N/A	N/A	NO SE PRESENTARON DURANTE EL PERIODO
6.Formular e implementar el plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.	N/A	N/A	N/A	NO SE PRESENTARON DURANTE EL PERIODO
EJE AMBIENTAL	**Cumplimiento (SI, NO, 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 convenio, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad Territorial.	SI	PLAN DE BUENAS PRACTICAS Y SANEAMIENTO AMBIENTAL	EN LOS ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
2. Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente.	N/A	N/A	N/A	SE UTILIZA LOS EMPAQUES PREVISTOS POR EL ICBF PARA EL EMPAQUE DE LA BIENESTARINA
3.Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad	SI	PLAN DE BUENAS PRACTICAS Y SANEAMIENTO AMBIENTAL	EN LOS ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO	**Cumplimiento (SI, NO, N/A) (ii)**	**Documento que evidencia el cumplimiento de la obligación y ubicación de éste . (iii)**	**Ubicación del documento soporte en el expediente contractual**	**Observaciones (iv)**
1. Suministrar a la regional del ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios donde la Entidad Territorial 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). Así mismo, 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			ENVIADO MEDIANTE CORREO ELECTRONICO A LA NUTRICIONISTA
2. Utilizar los Alimentos de Alto Valor Nutricional únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente convenio, 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			SE EVIDENCIO DURANTE VISITAS DE SEGUIMIENTO
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			UBICADOS EN LOS PUNTOS DE ENTREGA
4.Informar al ICBF oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del convenio y las que afecten la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos, así como los saldos de los AAVN en los puntos de entrega, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes y realizar las acciones correspondientes.	N/A	N/A	N/A	BNO SE PRESENTARON DIFICULTADES DURANTE EL PERIODO
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	FORMATOS DE ENTREGA	ARCHIVOS DE LA ALCALDIA	
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 ejecuten, mensualmente durante los diez primeros días hábiles siguientes al mes vencido, al Centro Zonal ICBF de influencia en el	SI	FORMATOS DE ENTREGA	ARCHIVOS DE LA ALCALDIA Y DEL CZ	
7.En caso de requerir un transporte adicional de los Alimentos de Alto Valor Nutricional para realizar la entrega a las unidades de servicio o los beneficiarios, éste debe ser realizado en condiciones adecuadas que garanticen la inocuidad del AAVN, sin que ello implique ningún costo para el ICBF.	N/A	N/A	N/A	NO SE REQUIRIO TRANSPORTE ADICIONAL DURANTE EL PERIODO
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	ACTAS DE ASISTENCIA TECNICA	ARCHIVOS DEL CZ	

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			SE ASISTIA A LAS MESAS PUBLICAS DESARROLLADAS EN EL MUNICIPIO
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	NO SE PRESENTARON REQUERIMIENTOS DURANTE EL PERIODO POR ORGANISMOS DE CONTROL
11.Cancelar al ICBF el valor de los Alimentos de Alto Valor Nutricional cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento o redistribución, 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	NO SE PRESENTO NI VENCIMIENTOS, NI HURTO NI PERDIDA DEL PRODUCTO DURANTE EL PERIODO
12.Atender con oportunidad las visitas que se efectúen por parte del ICBF o la interventoría del contrato de producción y distribución de Alimentos de Alto Valor Nutricional, 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	SI	ACTAS DE VISITA	ARCHIVOS DEL CZ	
13.Al finalizar el convenio, la Entidad Territorial 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	NO SE PRESENTARON SALDOS DURANTE LA EJECUCION

(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	**X**	NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?	SÍ		NO	**X**

Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia:

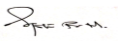
Observaciones adicionales:

Si hay algún riesgo que se materializó o que tiene alta probabilidad de ocurrencia debe informarse a la ***Dirección de Contratación de la Sede de la Dirección General.***

16. Certificación

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

Fecha emisión de Informe 30 DE DICIEMBRE DE 2025



Firma		Firma	
Nombre Supervisor	**LEYDI DEL SOCORRO RENTERIA MURIEL**	**Nombre Legalizador de cuentas**	
Cargo Supervisor	**COORDINADOR DEL CENTRO ZONAL TADÓ**	**Cargo Legalizador de cuentas**	



Firma		Firma	
Nombre Revisor Técnico	**YIHAN ZAMIRA MOSQUERA ARRIAGA**	**Nombre otro revisor**	
Cargo Revisor Técnico	**NUTRICIONISTA CZT**	**Cargo otro revisor**	

Nota: Si se requiere la firma de más personas que intervinieron en el ejercicio de supervisión, se podrán incluir.