FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO No. 27004422025 DE 2025
INFORME FINAL

1. Datos generales

Período del inform NOVIEMBRE DICIEMBRE

Número de contrato/convenio: 27004432025

Tipo de contrato/convenio: CONVENIO

Fecha suscripción contrato/convenio en las plataformas CCE:9/10/2025

Valor **Inicial** del contrato/convenio 0

Plazo de Ejecución **Inicial** (hasta cuándo): 9/10/2025

Plazo de Ejecución **Final** (hasta cuándo): 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 ALTO ABUDO

Alcance del objeto (si aplica)

2. Datos supervisor

Cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio): ORLY SUGEY MORENO CASTILLO CENTRO ZONAL BAUDO

Nombre y cargo Supervisor ICBF (que conoció de la ejecución del contrato/convenio - En orden cronológico)

Fecha en la que realizo la supervisión (desde y hasta cuando) - En orden cronológico

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: ALCALDIA DE BAJO BAUDO

Cédula o NIT: 818000907-2

Dirección:PPUERTO MELUK CABECERA MUNICIPAL

Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:

Correo electrónico: alcaldia@mediobaudo-choco.gov.co

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 xxxxxxx, 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 dias)*

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: 9/10/2025

Fecha de terminación inicial:31/12/2025

Fecha aprobación pólizas: 9/10/2025

Fecha expedición R.P.:

Fecha acta de inicio (si aplica): 9/10/2025

Fecha documento de Prórroga (si aplica):

Prorrogado hasta cuándo (si aplica):31/12/2025

Fecha aprobación póliza de la prórroga:

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

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

Aporte ICBF
Aporte Contratista (si aplica)

No. de CDP: Fecha CDP: Valor de CDP:
No. de VF (si aplica) Fecha VF: Valor de VF:
No. de RP: Fecha RP: Valor de RP:

(+) 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 estas

(-) 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 estas

(=) VALOR TOTAL (después de modificaciones)

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

Forma de Pago:

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 encuentre finalizada y/o liquidada, y que todos sus contratistas se encuentren 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
		0		

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
	0				
TOTALES					

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

Fecha Descuento/Liberación/Reducción	Valor Descuento/Liberación/Reducción	Concepto Descuento/Liberación/Reducción
	0	
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 m los cuales exista o Contrapartida, en caso de que no haberse pactado indicar en este espacio " CERO ($0)".

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

Concepto	Valor
VALOR INICIAL CONTRATO CONVENIO:	**$ 0,00**
VALOR APORTE ICBF EN ESPECIE:	El valor total del presente convenio será hasta por la suma de VEINTIOCHO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL . M/CTE ($ 28.278.000) representados en el suministro de 2,700.00 (cantidad total del convenio en kilogramos de Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada).
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	**$ 28.278.000,00**
VALOR TOTAL APORTE EN ESPECIE ICBF	**$ 28.278.000,00**
VALOR TOTAL APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
VALOR TOTAL EJECUTADO:	**$ 0,00**
VALOR EJECUTADO APORTE ICBF:	$ 0,00
VALOR EJECUTADO APORTE CONTRATISTA: (Si Aplica)	$ 0,00
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA:	$ 0,00
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:	$ 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:	N/A
Estado de los recursos a liberar:	N/A
Saldos pendientes por pagar	N/A
Estado de los recursos reintegrados:	N/A
Compensación por sanción impuesta al contratista	N/A

Fecha estado de cuenta _____

12. Garantías

Amparos	Compañía aseguradora	No. de póliza	No. de anexo	Vigencia	
				Desde	Hasta
poliza	AGENCIA DE SEGUROS FMA LTDA	8.483.400,00	55-44-101086357	24/9/25	31/12/28
				dia/ mes/año	dia/ mes/año
				dia/ mes/año	
				dia/ mes/año	dia/ mes/año

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)
Determinar un mecanismo para conocer la percepción del beneficiario frente a la prestación del servicio, a través de un instrumento establecido por el mismo operador para tal fin.	N/A			
Demostrar mediante evidencias la implementación de acciones de mejora (correctivas o preventivas frente a cualquier situación que afecte la prestación del servicio) que permita tomar las decisiones a que haya lugar o experiencia exitosas que demuestren la mejora en la prestación de servicio.	N/A			
Contar con información documentada para la recepción, tratamiento y respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y	N/A			no se presentaron inconvenientes
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 contrato.	N/A			no se presentaron inconvenientes
Cumplimiento de Obligaciones Generales del Contrato y/o Convenio (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)**
Apoyar la ejecución idónea y oportuna del objeto del convenio.	SI	ACTA DE OBERVACIONES PARA INCRIPCION CONVENIO	SECOP 2	
Rendir los informes sobre la ejecución de este convenio y el manejo de la Bienestarina Más® o Bienestarina Más y públicamente ante la comunidad en general y los organismos públicos y privados que lo requieran.	SI	INFORME DE ENTREGA DE AAVN Y FORMATOS ENTREGA AVVN USUARIO	SECOP 2	
Facilitar y promover la participación de la comunidad, los padres de familia, los personeros estudiantiles y de los organismos de control social en el seguimiento de la utilización de la Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada.	N/A			
Atender las citaciones y los requerimientos a las mesas públicas y audiencias de veeduría ciudadana que se convoquen, las reuniones de rendiciones de cuentas y los requerimientos de los organismos de control del estado.	N/A			No se realizo participacion en mesas publicas
Efectuar el seguimiento permanente a la ejecución del presente convenio en sus diferentes etapas y vigilar el cumplimiento de las obligaciones de cada parte, en especial, el recibo, el almacenamiento y la distribución de la Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada, de acuerdo con	SI	INFORME DE ENTREGA DE AAVN Y FORMATOS ENTREGA AVVN USUARIO	SECOP 2	
Las demás que se deriven de la naturaleza del presente convenio y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.	SI	ACTA DE COMITE	secop 2	
Difundir y socializar el presente convenio al interior de cada entidad.	SI	ACTA SOCIALIZACION CONVENIO	secop 2	
Cumplimiento de Obligaciones Específicas del Contrato/ convenio (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)**
Velar por el cumplimiento de las obligaciones respecto de la Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada, para la ejecución del Programa Adulto Mayor.	SI			
Suministrar a la regional ICBF los datos del punto de entrega o puntos primarios de los AAVN (municipio de ubicación de la bodega, nombre del responsable y suplente, número de identificación, teléfonos, horario de atención	SI	Creacion del punto de almacenamiento AAVN	en plataforma sim se encuentran los datos del punto	
Garantizar el adecuado uso de los Alimentos de Alto Valor Nutricional, en el suministro de la alimentación a los beneficiarios objeto del convenio.	SI	FORMATOS DE ENTREGA AAVN ADULTOS MAYORES	SECOP 2	
Recibir el Alimento de Alto Valor Nutricional y almacenarlo cumpliendo con lo establecido en la cartilla "Distribución, cuidado y Uso de un Alimento de Alto Valor Nutricional", con el fin de garantizar su conservación.	SI	SE REALIZA CAPACITACION EN COMITE SOBRE ALMACENAMIENTI DE AAVN	SECOP 2	
Informar a la regional del ICBF dentro de los primeros tres meses posteriores a la suscripción del convenio sobre las dificultades presentadas para su legalización.	N/A			NO SE PRESNETARON DIFICUALTADES PARA SU LEGALIZACION
Informar oportunamente a la regional de ICBF sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del convenio, en la cantidad y calidad de los Alimentos de Alto Valor Nutricional recibidos.	N/A			NO SE PRESNETARON DIFICUALTADES EN LA ENTRGA
Responsabilizarse del cuidado del producto desde el momento en que lo reciba en el punto de entrega primario y durante todo el tiempo que permanezca bajo su custodia.	SI	INFORME ENTREGA DE AAVN Y FORMATOS DE ENTREGA A BENEFICIARIOS	SECOP 2	
Entregar oportunamente los AAVN a las unidades de servicio y/o ejecutoras o a los usuarios que harán uso de estos, para evitar su deterioro.	N/A	Formato Entrega Alimentos de Alto Valor Nutricional a Beneficiarios v4	SECOP 2	
Llevar control por escrito de los AAVN entregados a las unidades de servicio y/o ejecutoras o a los beneficiarios, el cual debe corresponder a la cantidad de usuarios programados en los formatos definidos por el ICBF, estos soportes deben presentarse en medio magnético	N/A	F1.P5.PP Formato Control de inventarios Alimentos de Alto Valor Nutricional v5	SECOP 2	
Llevar un control de inventarios- formato establecido por el ICBF- donde se registre el movimiento de los AAVN, los saldos y las personas responsables de su recibo y distribución.	N/A	F1.P5.PP Formato Control de inventarios Alimentos de Alto Valor Nutricional v6	SECOP 2	
Asegurarse que las unidades de servicio o ejecutoras almacenen los AAVN de conformidad con lo establecido en la cartilla "Distribución, cuidado y uso de AAVN".	SI	FORMATO DE INSPECCION	EN LA RUTA CONVENIOS 2025	formato de inspeccion, registro fotografico de bodega.
Transportar los AAVN a las unidades de servicio y/o ejecutoras, en vehículos que cumplan con las condiciones adecuadas según legislación respectiva vigente, los cuales deben contar con concepto sanitario favorable	SI	ACTA DE NETREGA POR CONDUCTOR, INFORME MENUSAL	SECOP 2	
Velar porque los responsables de sus puntos de entrega verifiquen que la cantidad por sabor, el número de lote y la fecha de vencimiento de los AAVN que reciben coincidan con la información registrada en la respectiva acta de entrega que deberá	SI	FORMATO CONTROL DE INVENTARIO	SECOP 2	
Informar oportunamente (como máximo el día 15 de cada mes) al ICBF, cuando un punto de entrega primario cuente con saldos de AAVN, para que el ICBF pueda ajustar las cantidades a entregar en el siguiente mes.	N/A			NO SE PRESENTARON SALDOS

Controlar y vigilar que los responsables de sus puntos de entrega: a) Realicen rotación adecuada del producto de forma que las "Primeras en entrar sean las primeras en salir". b) Entreguen oportunamente los AAVN a los usuarios que harán uso de la misma, para evitar su deterioro. c) Diligencien oportunamente los formatos del ICBF	SI	Formato Entrega Alimentos de Alto Valor Nutricional a Beneficiarios v4, FORMATO CONTROL DE INVENTARIO, INFORME DE ENTREGA	SECOP 2	
Cancelar al ICBF el valor de los AAVN cuando se presenten vencimientos o generen averías por mal almacenamiento, redistribución del producto, hurto, pérdida o cualquier situación que sobrevenga durante la custodia de los AAVN, teniendo en	N/A			No se presentaron vencimientos de AAVN, averias durante el mes de ejecucion
Al finalizar el convenio el operador deberá redistribuir por su cuenta (transportar de un lugar a otro) los saldos de los AAVN que queden en sus puntos de entrega, dejando constancia por acta del movimiento del producto de acuerdo con las indicaciones dadas por el ICBF	N/A			no se realiza traslado de aavn
Dar trámite oportuno, a las acciones preventivas y correctivas necesarias para la solución de las novedades reportadas por el ICBF y la Interventoría del contrato de prestación de servicios para la producción y distribución de los AAVN.	N/A			no se presentaron novedades correctivas para este mes
Atender con oportunidad las visitas que se efectúen a los puntos de entrega primarios por parte del ICBF o la interventoría del contrato de prestación de servicios para la producción y distribución de los AAVN.	SI			Se realiza visita por interventoria
Realizar el registro completo y mantener actualizada la información de los beneficiarios de la modalidad, en el Sistema de Información establecido por el ICBF y de acuerdo con las indicaciones que imparta el supervisor del convenio. Una vez se realice la primera entrega de Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada, la Entidad Territorial	N/A			
Utilizar los AAVN únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente convenio, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF.	N/A	Formato Entrega Alimentos de Alto Valor Nutricional a Beneficiarios v4, FORMATO CONTROL DE INVENTARIO, INFORME DE ENTREGA	secop 2	
Realizar el registro completo y mantener actualizada la información de los beneficiarios de la modalidad, en el Sistema de Información establecido por el ICBF y de acuerdo con las indicaciones que imparta el supervisor del convenio. Una vez se realice la primera entrega de Bienestarina Más® o Bienestarina Más® Saborizada, la Entidad Territorial	SI	censo adultos mayores	Se encuentra en la ruta	
Utilizar los AAVN únicamente para cumplir a cabalidad el objeto del presente convenio, de conformidad con las directrices, lineamientos, normas y procedimientos establecidos por el ICBF.	N/A			

Firma

ORLY SUGEY MOSQUERA CASTILLO
Asupervisora de contrato

OR

Firma

YISETH ANDREA PRADO CAICEDO
Cargo Legalizador de cuentas

Firma

Nombre Revisor Técnico
Cargo Revisor Técnico

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