



FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO No. 73008182025 DE 2025

INFORME No. 08

1. Datos generales

Periodo del informe

01/06/2026 al 30/06/2026

Número de contrato/convenio:

73008182025

Tipo de contrato/convenio:

APORTES

Fecha suscripción contrato/convenio en las plataformas CCE:

25/12/2025

Valor Inicial del contrato/convenio

Plazo de Ejecución Inicial (hasta cuándo):

30/12/2025

Plazo de Ejecución Final (hasta cuándo): De conformidad con la última prórroga

31/07/2026

Objeto:

Promover la participación e inclusión de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, mediante acciones intersectoriales intencionadas , relacionadas y efectivas que contribuyan con el fortalecimiento de entornos protectores y la garantía de sus derechos, así como la transformación de imaginarios que segregan, excluyen o discriminan en los diferentes contextos donde transcurran sus vidas.

Alcance del objeto (si aplica)

N/A

2. Datos supervisor

Cargo Supervisor ICBF (según cláusula de supervisión del contrato/convenio)

Profesional universitaria

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

Nidia Briceida Ruiz Arias

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

1/06/2026 al 30/06/2026

Nombre y cargo del Supervisor ICBF (para efectos de liquidación)

N/A

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:

FUNDACIÓN IMIX

Cédula o NIT:

900265071-5

Dirección:

Carrera 3 No. 42-91 Barrio Casa Club - Ibagué

Correo electrónico:

fundacionimix@gmail.com

Representante Legal que suscribió el contrato/convenio:

Eugenia Victoria Rojas de Bahamon

Identificación:

28540655

Representante Legal que suscribirá el acta de Liquidación (I):

Documentos que acreditan la competencia y facultades para liquidar

Aportar e indicar en este espacio según aplique : Certificación de existencia y representación legal expedido por LA FUNDACIÓN IMIX, DEMAS DOCUMENTOS EXIGIDOS SEGUN LISTA DE CHEQUEO VERSIÓN 4.

Fecha Certificado Actualizado de Existencia y Representación Legal (I):

12/11/2025

II) 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:

Fecha de terminación inicial:

Fecha aprobación pólizas:

Fecha expedición R.P.:

Fecha acta de inicio (si aplica):

Fecha documento de Prórroga (si aplica):

N/A

Promogado hasta cuándo (si aplica):

N/A

Fecha aprobación póliza de la prórroga:

N/A

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

5. Información presupuestal

Valor Inicial del contrato/convenio

\$

1.462.686.801,00

Aporte ICBF

\$

1.462.686.801,00

Aporte Contratista (si aplica)

\$

-

No. de CDP:

96325

Fecha CDP:

16/12/2025

Valor de CDP:

\$

118.820.583

No. de RP:

468625

Fecha RP:

11/12/2025

Valor de RP:

\$

118.820.583

No. de VF (si aplica)

VF-42

Fecha VF:

11/12/2025

Valor de VF:

\$

1.452.166.584,00

No. de CDP:

3926

Fecha CDP:

5/01/2026

Valor de CDP:

\$

1.452.166.584,00

No. de RP:

3926

Fecha RP:

5/01/2026

Valor de RP:

\$

1.452.166.584,00

(+) ADICIONES

Fecha Documento Adición:

N/A

Valor Adición:

\$ 0,00

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

N/A

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

(-) DISMINUCIONES

Fecha Documento Disminución:

N/A

Valor disminución :

0

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 :

N/A

No. de RP disminución :

N/A

Fecha inicial y/o de operación del RP disminución :

N/A

Valor RP disminución :

N/A

Valor disminución aporte contratista:

\$

-

Fecha aprobación póliza de la disminución

N/A

Si se presentan más disminuciones, incluir más 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

Periodo facturado:

N/A

Forma de Pago:

Los pagos se realizarán previa presentación de la factura correspondiente, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

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

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

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
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Este estado debe diligenciarse al cuando en el evento de existir contratación derivada. Se debe allegar la relación de la misma y la certificación de pago y salvo debidamente suscribe 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
30/12/2025 y 31/12/2025	10/02/2026	10.519.217	Plataforma Secop	Valor correspondiente a la ejecución de 2 días de la etapa de alistamiento del mes de diciembre 2025.
01/01/2026 y 13/01/2026	10/02/2026	69.846.885	Plataforma Secop	Valor correspondiente a la ejecución de 13 días de la etapa de alistamiento del mes de Enero 2026.
		\$	80.366.102,00	

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

Elaborar según requisitos de la Ley 1712 de 2014 y la Ley 1712 de 2014.

LOS DATOS PROPORCIONADOS DEBERÁN TRATARSE DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1981 DE 2010

[illegible]

[illegible][illegible]

[illegible]

[illegible]



27	Realizar el mantenimiento y lavado de los tanques de almacenamiento de agua para consumo adoptando las medidas necesarias para garantizar el suministro de este recurso.	SI	Certificado de lavado de tanques y formato de fumigación.	Informe técnico mes junio radicado N° 2026590030000119532 y CD con soportes	https://cchfweb-my.sharepoint.com/personal/nidia_ruiz_kbf_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?Id=%2Fpersonal%2Fnidia_ruiz_kbf_gov_co%2FDocuments%2F006
a					
(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" deberá justificar por qué no se requirió y cómo esto no constituye un posible incumplimiento. Si el supervisor señala que una					
15. Seguimiento a matriz de riesgos					
Realizó seguimiento a la matriz de riesgos del presente contrato/convenio?					
		SI	X	NO	
Luego del seguimiento detectó alguno con alta probabilidad de ocurrencia?					
		SI		NO	X
Detalle cual(es) riesgos detectó con alta probabilidad de ocurrencia: N/A					
Observaciones adicionales: N/A					
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 14/07/2026					
Firma					
Nombre Supervisor		Nidia Bricelda Ruiz Arias			
Cargo Supervisor		Profesional universitario			
Firma					
Nombre Revisor Técnico		Eliana Camila Quiñones Chica			
Cargo Revisor Técnico		Apoyo técnico Cz Ibagué			
Firma		N/A			
Nombre otro revisor		N/A			
Cargo otro revisor		N/A			
NOTA: Si se requiere la firma de un(a)...					