

|                                                                                                                   |                         |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN |        |              |
|                                                                                                                   | INFORME DE SUPERVISIÓN  | CÓDIGO | GEC-FT-62-V3 |
|                                                                                                                   |                         | PÁGINA | 1 de 5       |

FECHA DEL INFORME DD 11 - 04 - 2025

|                                         |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                            |                                   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| ASPECTOS GENERALES                      |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                            |                                   |
| TIPO DE INFORME                         | AVANCE <input checked="" type="checkbox"/> FINAL <input type="checkbox"/> | PERIODO DEL INFORME                                                                                                                                                                                                        | DESDE 12-03-2025 HASTA 11-04-2025 |
| TIPO DE RECURSOS                        |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                            |                                   |
| FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/> |                                                                           | INVERSIÓN <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |                                   |
|                                         |                                                                           | EJE VIDA PLENA                                                                                                                                                                                                             |                                   |
|                                         |                                                                           | SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL                                                                                                                                                                                           |                                   |
|                                         |                                                                           | PROGRAMA SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                                                                     |                                   |
|                                         |                                                                           | 31: BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA Y APOYO INTEGRAL A LAS IPS REGISTRADAS PARA EL MUNICIPIO DE CHIA, ENCARGADAS DE ATENDER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, META ENFERMEDADES HUÉRFANAS, CRÓNICAS Y NO TRANSMISIBLES |                                   |
|                                         |                                                                           | NOMBRE DEL PROYECTO TRANSFORMACIÓN SALUDABLE DE CHÍA                                                                                                                                                                       |                                   |
|                                         |                                                                           | CÓDIGO BPPIN 2024251750007                                                                                                                                                                                                 |                                   |

|                              |  |                        |  |                 |  |                                                                      |  |
|------------------------------|--|------------------------|--|-----------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| DATOS GENERALES DEL CONTRATO |  |                        |  |                 |  |                                                                      |  |
| TIPO DE CONTRATO             |  | PRESTACION DE SERVICIO |  |                 |  | CONTRATO No. CO1.PCCNTR.7453733                                      |  |
| CONTRATISTA                  |  | EUNICE PEÑA IRREÑO     |  |                 |  |                                                                      |  |
| PLAZO DE EJECUCIÓN           |  | 294                    |  |                 |  |                                                                      |  |
| FECHA DE CONTRATO            |  | 11/02/2025             |  | FECHA DE INICIO |  | 12/02/2025                                                           |  |
| FECHA TERMINACIÓN            |  | 05/12/2025             |  |                 |  |                                                                      |  |
| PRORROGA                     |  | FECHA                  |  | XXXXXX          |  | TIEMPO                                                               |  |
|                              |  |                        |  |                 |  | XXXXX                                                                |  |
| FECHA TERMINACIÓN            |  | XXXXX                  |  |                 |  |                                                                      |  |
| SUSPENSIÓN                   |  | FECHA                  |  | XXXXX           |  | TIEMPO                                                               |  |
|                              |  |                        |  |                 |  | XXXXX                                                                |  |
| FECHA TERMINACIÓN            |  | XXXXXX                 |  |                 |  |                                                                      |  |
| VALOR INICIAL EN NÚMEROS     |  | 58.653.000             |  | EN LETRAS       |  | CINCUENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/C |  |
| ADICIÓN                      |  | FECHA                  |  | XXXXXXXX        |  | VALOR                                                                |  |
|                              |  |                        |  |                 |  | XXXXXX                                                               |  |
| VALOR FINAL                  |  | XXXXXX                 |  |                 |  |                                                                      |  |

SE DEBEN ADICIONAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL CONTRATO AL MOMENTO DE REALIZAR EL CORTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| FECHA DE PRESENTACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 11/04/2025                     | SOPORTES                      | SE INDICA SI HAY PLANILLAS, ACTAS DE SEGUIMIENTO, PANTALLAZOS DE CORREOS ELECTRONICOS, CON REGISTRO FOTOGRAFICO, Y FIRMAS DE ASISTENCIA<br>REGISTRO FOTOGRAFICO, CD, BASES DE DATOS, ETC                                                                                                                                                                                                              |
| EL SUSCRITO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE EL CONTRATO, PRESENTA EL SIGUIENTE INFORME, RESPECTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA:                                                                                                                                |                                |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | % PROGRAMADO (SI APLICA - N/A) | % ALCANZADO (SI APLICA - N/A) | OBSERVACIONES<br>INDICAR CÓMO SE CUMPLE CADA OBLIGACIÓN, DONDE ESTÁ Y CUÁL ES EL SOPORTE, CUÁL ES EL PRODUCTO ENTREGADO                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 1. Apoyar a la Secretaría de salud en las visitas y seguimiento de los eventos con sospecha o confirmados de tuberculosis y enfermedad de HANSEN (lepra) con sus contactos en los respectivos formatos entregados por el Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a línea base entregada por la Secretaria de Salud                                               | 100%                           | 20%                           | La contratista realizo seguimiento a pacientes:<br><br>FEBRERO: 67<br>MARZO: 61<br>Total: 128<br><br>Producto: Actas de visitas a IPS, visitas a pacientes y listas de asistencia a capacitación.                                                                                                                                                                                                     |
| 2. Apoyar a la Secretaria de salud en la asistencia técnica a las IPS (Instituciones prestadoras de servicios de salud) públicas y privadas del Municipio de Chía con el fin de vigilar el cumplimiento de las metas programáticas, libros del programa y otros de acuerdo a lineamientos nacionales (Resolución 227/2020), diagnóstico y entrega oportuna y con | 100                            | 20%                           | La contratista realizó visita de campo a los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis donde se verifica el estado actual de los pacientes y se evalúan los contactos del mismo, se realiza comprobación del TDO (tratamiento directamente observado) y atención en la IPS. Se cuenta con los formatos establecidos por el ministerio de salud y de acuerdo a los lineamientos de la resolución 0227. |

|                                                                                                                   |                         |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN |        |              |
|                                                                                                                   | INFORME DE SUPERVISIÓN  | CÓDIGO | GEC-FT-62-V3 |
|                                                                                                                   |                         | PÁGINA | 2 de 5       |

| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| calidad de los tratamientos y de los casos activos de TB con confección de VIH (Tuberculosis- Virus de Inmunodeficiencia Humana) y manejo integral, adherencia al tratamiento, controles médicos y bacteriológicos y cierres.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |     | <p>Pacientes visitados:<br/>Gratiniano Ramírez: Visita inicio de tratamiento<br/>fecha: 14-03-25<br/>Martha Cecilia Castillo: visita inicio de tratamiento<br/>fecha: 15-03-25<br/>Yonny Stella Sáenz: visita de cierre de caso<br/>fecha: 20-03-25</p> <p><b>Producto</b> (informe de visitas, formato IEC dado por el Departamento), correos de envío de visitas y libro de contactos al correo de micobacterias_itsvsp@cundinamarca.gov.co<br/>La contratista realizo solicitud y entrega de los medicamentos de los siguientes pacientes:<br/>José Alejandro Galvis: fase 2<br/>José Ricardo Ospina: Fase 2<br/>Gratiniano Ramírez: Fase 1<br/>Martha Cecilia Castillo: Fase 1<br/>José Ernesto Barriga: Fase 1</p> <p><b>Producto</b> (Informe de tratamientos y formato gestión de medicamentos dado por el Departamento, correos de envío de solicitud de medicamentos al correo de Cundinamarca. medicamentostblepra@cundinamarca.gov.co</p> |
| 3. Realizar un informe trimestral a la Secretaria de Salud Departamental, de acuerdo a los formatos solicitados por el programa de Tb (Tuberculosis) y Hansen de acuerdo a las metas programáticas de cada Institución de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 100% | 20% | <p>La contratista realizo por medio de la reunión con las IPS, a través de acta sobre temas referentes a los servicios de atención de la institución y la relación de estos con el programa de Tuberculosis y Lepra. Se realiza revisión en campo de los documentos asociados al programa.</p> <p>IPS visitadas:<br/>IPS NUEVA EPS<br/>Fecha: 19-03-25<br/>IPS SERVISALUD<br/>Fecha: 01-04-25<br/>IPS CAFAM<br/>Fecha: 21-03-25<br/>IPS SURA<br/>Fecha: 20-03-25</p> <p><b>Producto</b> (Informe de asistencia técnica y actas de asistencia técnica realizada a las IPS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4. Brindar acompañamiento a los profesionales de la salud de las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) del Municipio de Chía, en los protocolos, guías y normas nacionales de gestión técnica y administrativa de las acciones del programa Tb (Tuberculosis) y Hansen protocolos del Instituto Nacional de salud de los eventos relacionados con zoonosis (brucelosis) (Circular 046 de 2024), leishmaniasis, leptospirosis, dengue, Chagas, accidentes ofídicos, exposiciones rábicas y demás de acuerdo a la circular. | 100% | 20% | <p>La contratista realizo por medio de un consolidado de envío de las actividades realizadas por las IPS y el municipio en el 4 trimestre de 2024 del programa de TB y lepra en lo referente a BAI, Libros de Sintomáticos respiratorios , libro de BK-PCR, libro de cultivos, informe de lepra e indicadores de gestión programática, se envían a los correos institucionales del Departamento <a href="mailto:blepracundinamarca@cundinamarca.gov.co">blepracundinamarca@cundinamarca.gov.co</a> y <a href="mailto:cundinamarcatbylepra2@gmail.com">cundinamarcatbylepra2@gmail.com</a></p> <p><b>Producto</b> (Matriz en Excel de consolidado del municipio, Informe de indicadores y correo de envío trimestral)</p>                                                                                                                                                                                                                             |
| 5. Apoyar a la Secretaría de salud en la actualización de nuevos laboratorios a través de búsqueda en el REPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100  | 20% | <p>La contratista realizo acompañamiento para inicio de tratamiento de la paciente Nancy Yaneth Rodríguez Rodríguez CC 35475876 quien tiene un diagnóstico de Leishmaniasis</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | INFORME DE SUPERVISIÓN  | CÓDIGO | GEC-FT-62-V3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         | PÁGINA | 3 de 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| (Registro Estatal de Profesionales Sanitarios) y realizar seguimiento a los mismos en la toma de baciloscopias, PCR, cultivos líquidos de acuerdo al nuevo lineamiento nacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |        | cutánea<br>Realizo presentación en el COVE del protocolo de Fiebre amarilla.<br>Fecha: 7-04-25<br><b>Producto</b> (registro de datos de la paciente con HC y diagnóstico y presentación y registro fotográfico de la capacitación a IPS.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 6. Apoyar a la Secretaría de salud en la BAC (Búsqueda Activa Comunitaria) de los sintomáticos respiratorios a través de la información entregada por el personal del plan de intervenciones colectivas-PIC y realizar el correspondiente envío a las Instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Chía.                                                                                                                                                                              | 100%                    | 20%    | La contratista realizo la revisión en el REPS de los laboratorios habilitados del municipio se caracterizan y se programaran visitas de asistencia para revisión de las pruebas relacionadas con el programa de tuberculosis y Lepra.<br>Realizo visita a los siguientes Laboratorios<br>Hospital de Chía<br>Fecha: 21-03-25<br>Clínica Marly<br>Fecha: 3-04-25<br><b>Producto:</b> documento actualizado del REPS de los Laboratorios clínicos y tomas de muestras del municipio y actas de visitas a Laboratorios |
| 7. Apoyar a la Secretaría de Salud en la vigilancia y seguimiento en la implementación de la Ruta Integral de Salud y su funcionamiento del programa de TB (Tuberculosis) y Hansen en las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) del Municipio de Chía; de acuerdo a la Resolución 3202 del 2016 y Resolución 3280 del 2018 y demás normas que modifiquen, sustituyan y/o adicionen, por lo cual deberá presentar acta de visita y lista de chequeo, dando cumplimiento a las variables que da la ruta. | 100%                    | 20%    | La contratista realizo por medio de la obtención de una base de datos de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, la cual es enviada a cada IPS para que se verifique la asistencia de estos pacientes a la consulta.<br>Realizo envío de la BAC a las siguientes IPS:<br>Salud total: 3 pacientes,<br>Sanitas: 2 pacientes<br>Cafam: 2 pacientes<br><b>Producto</b> (Informe BAC y correos enviados a las IPS)                                                                                      |
| 8. Apoyar a la Secretaría de Salud en la realización de actividades de captura, registro, digitalización y análisis de datos, de la dimensión de enfermedades trasmisibles, en lo referente al objeto contractual, generando información, indicadores e informes, acorde a las necesidades de la dirección de salud pública o la secretaria de salud. Presentar base en Excel.                                                                                                                            | 100%                    | 20%    | La contratista realizo por medio de un acta de visita a las IPS donde se evalúa la ruta de atención de tuberculosis teniendo en cuenta lo que establece la resolución.<br>Visito las siguientes IPS<br>IPS visitadas:<br>IPS NUEVA EPS<br>Fecha: 19-03-25<br>IPS SERVISALUD<br>Fecha: 01-04-25<br>IPS CAFAM<br>Fecha: 21-03-25<br>IPS SURA<br>Fecha: 20-03-25<br><b>Producto</b> (informe de seguimiento y actas de visita resolución 3280 realizadas a las IPS)                                                    |
| 9. Apoyar a la Secretaría de Salud en el seguimiento a las IPS privadas (Clínica Chía, Clínica Marly y Clínica Universidad de la Sabana) y la IPS publica (Hospital San Antonio de Chía) en lo referente a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), a través de verificación de los reportes semanales y del seguimiento y prevención de las                                                                                                                                              | 100%                    | 20%    | La contratista realizo la revisión de las notificaciones realizadas hasta 11 de abril de 2025 para evaluar la incidencia en el municipio, la población que se ve más afectada en este período, los estados de tratamiento y las cohortes de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis para los meses de enero y febrero 2025. Genero un informe con los resultados                                                                                                                                              |





|                                                                                                                   |                              |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN      |        |              |
|                                                                                                                   | RE-EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | CÓDIGO | GEC-FT-51-V4 |
|                                                                                                                   |                              | PÁGINA | 1 de 1       |

| DATOS GENERALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                    |          |            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|----------|------------|
| CONTRATO No.                 | CO1.PCCNTR.7453733                                                                                                                                                                                                                   | CONTRATISTA          | EUNICE PEÑA IRREÑO |          |            |
| FECHA DE CONTRATO            | 11/02/2025                                                                                                                                                                                                                           | NIT / CC             | 51875349           | TELÉFONO | 3224170272 |
| OBJETO DEL CONTRATO          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR APOYO EN ACCIONES DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA, CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL MUNICIPIO DE CHÍA |                      |                    |          |            |
| FECHA DE EVALUACIÓN          | 11/04/2025                                                                                                                                                                                                                           | PERIODO EVALUADO DEL | 12/03/2025         | AL       | 11/04/2025 |

| EVALUACIÓN                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                                                          |               |        |         |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------|---------|--|--|--|
| CRITERIOS BÁSICOS                                                                                                                                                                                                                            |               | DESCRIPCIÓN DELO CRITERIOS DE EVALUACIÓN                                                                 | RANGO         |        | PUNTAJE |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                          | MÍNIMO        | MÁXIMO | VALOR   |  |  |  |
| CUMPLIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                 | TIEMPO        | Entregó dentro del plazo inicialmente establecido.                                                       | 9             | 15     | 15      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Fue necesario modificar el cronograma, plazo (Prórroga).                                                 | 1             | 8      |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | No cumplió dentro del plazo (inicial y prórroga)                                                         | 0             |        |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | SERVICIO      | Entrego la totalidad pactada en el periodo                                                               | 9             | 15     | 15      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Entrego parcialmente lo pactado para el periodo                                                          | 1             | 8      |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | No realizo entregas dentro del periodo pactado                                                           | 0             |        |         |  |  |  |
| CALIDAD                                                                                                                                                                                                                                      | CONFORMIDAD   | Cumple con las especificaciones pre establecidas                                                         | 7             | 12     | 12      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Rechazo parcial. No cumple con algunas especificaciones                                                  | 1             | 6      |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Rechazo total. No cumple con las especificaciones                                                        | 0             |        |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | FUNCIONALIDAD | No se ha presentado servicio o producto defectuoso                                                       | 7             | 12     | 12      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Parte del servicio o producto contiene defectos.                                                         | 1             | 6      |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Todo el servicio o bienes, se encuentra defectuoso.                                                      | 0             |        |         |  |  |  |
| OPORTUNIDAD                                                                                                                                                                                                                                  | REQUERIMIENTO | No se han presentado requerimientos                                                                      | 14            | 22     | 22      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Los requerimientos fueron atendidos oportunamente                                                        | 5             | 13     |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Fue necesario volver a requerir para lograr solución                                                     | 1             | 4      |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | No se atendieron los requerimientos presentados.                                                         | 0             |        |         |  |  |  |
| GESTIÓN                                                                                                                                                                                                                                      | EFECTIVIDAD   | Los documentos se entregaron completos dentro de las ocho horas hábiles siguientes al cierre del periodo | 11            | 20     | 20      |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Los documentos se entregaron completos después del primer (1) día hábil siguiente al cierre del periodo. | 1             | 10     |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Se juntaron dos o más cortes periódicos por la falta de documentos completos del contratista             | 0             |        |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              | LEGALES       | No se solicitaron trámites jurídicos, sobre sanciones                                                    | 1             | 4      | 4       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               | Se tramito solicitud sobre sanciones al contratista.                                                     | 0             |        |         |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                          |               |        |         |  |  |  |
| PUNTAJE MÁXIMO 100                                                                                                                                                                                                                           |               |                                                                                                          | TOTAL PUNTAJE |        | 100%    |  |  |  |
| <div><input checked="" type="checkbox"/> EXCELENTE (81 - 100) <input type="checkbox"/> BUENO (61 - 80) <input type="checkbox"/> REGULAR (41 - 60) <input type="checkbox"/> DEFICIENTE (21 - 40) <input type="checkbox"/> MALO (0 - 20)</div> |               |                                                                                                          |               |        |         |  |  |  |
| OBSERVACIONES _____                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                                          |               |        |         |  |  |  |
| _____                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                                          |               |        |         |  |  |  |
| _____                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                                          |               |        |         |  |  |  |

Teniendo en cuenta que el pago se tramita a través del módulo de cuentas de cobro de SECOP II, la presente reevaluación se entiende presentada por el supervisor del contrato con su cargue en la plataforma transaccional, así mismo se surte la notificación al contratista de la misma una vez se imparte aprobación a los documentos cargados por este, activando el respectivo flujo para la verificación de los documentos por parte de la Dirección Financiera, previa causación del pago. Si es así, elimine el texto siguiente.

*Si, por el contrario, se trata de un contrato o convenio celebrado con anterioridad al 2024 o a través de SECOP I, se debe incluir en manuscrito la firma y nombre del supervisor, así como la notificación al contratista.*

|                                                                                                                   |                                           |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN                   |        |              |
|                                                                                                                   | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL | CÓDIGO | GEC-FT-52-V3 |
|                                                                                                                   |                                           | PÁGINA | 1 de 1       |

| DATOS GENERALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                       |             |                    |          |            |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|----------|------------|
| CONTRATO No.                 | CO1.PPCCNTR-7453733                                                                                                                                                                                                                   | CONTRATISTA | EUNICE PEÑA IRREÑO |          |            |
| FECHA DE CONTRATO            | 11/02/2025                                                                                                                                                                                                                            | NIT / CC    | 51875349           | TELÉFONO | 3224170272 |
| OBJETO DEL CONTRATO          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR APOYO EN ACCIONES DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA, CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL MUNICIPIO DE CHÍA. |             |                    |          |            |

| CUENTA / PAGO |    |    | PERÍODO / CORTE |            |               |
|---------------|----|----|-----------------|------------|---------------|
| 2             | DE | 10 | DEL             | 12/03/2025 | AL 11/04/2025 |

| RUBRO PRESUPUESTAL                               |                   | VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR DE ESTE PAGO | SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| CUENTA                                           | FUENTE - ARTICULO |                                       |                    |                              |
| 2310219052024<br>2517500070502.<br>3.2.02.02.009 | 21305             | 58.653.000                            | 5.985.000          | 46.683.000                   |

| INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.                                                                              |                                  |                |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------|
| PLANILLA N°                                                                                                                                              | MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE | TIPO DE APORTE | VALOR PAGADO |
| 9483952658                                                                                                                                               | MARZO                            | SALUD          | \$299.300    |
|                                                                                                                                                          |                                  | PENSIÓN        | \$383.100    |
|                                                                                                                                                          |                                  | ARL            | \$ 25.000    |
| TOTAL                                                                                                                                                    |                                  |                | \$707.400    |
| VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO. |                                  |                |              |

| EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR                                                                                                                                                                   |                                          |                                            |                                               |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| EN CUANTO A LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR, DEJO CONSTANCIA QUE SE VERIFICÓ, SEGÚN EVALUACIÓN REALIZADA EN EL FORMATO DE RE-EVALUACIÓN QUE EL SERVICIO SUMINISTRADO DURANTE ESTE PERÍODO FUE: |                                          |                                            |                                               |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> EXCELENTE (81 - 100)                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> BUENO (61 - 80) | <input type="checkbox"/> REGULAR (41 - 60) | <input type="checkbox"/> DEFICIENTE (21 - 40) | <input type="checkbox"/> MALO (0 - 20) |

| CERTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| POR LO ANTERIOR, DEJO CONSTANCIA EXPRESA QUE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL CONTRATISTA FUERON REVISADOS DETALLADAMENTE, VERIFICANDO QUE CUMPLEN COMPLETAMENTE EN SU CONTENIDO, CON LOS REQUERIMIENTOS LEGALES Y CONTRACTUALES ESTABLECIDOS. |  |
| LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS 11 DÍAS DEL MES ABRIL DEL AÑO 2025                                                     |  |

La presente certificación se entenderá presentada con la firma electrónica impuestas a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.