

CHEQUE

AÑO 2025MES 07DIA 03Valor \$10,816,317.00

Paguese A HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA

Valor en Letras : DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS M/C

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |                |               |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| FECHA COMPROBANTE     | 03/07/2025                                                                                                                                                                                                                                                  | N° COMPROBANTE | 2025006020    |
| A FAVOR DE            | HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA                                                                                                                                                                                                                                   | NIT            | 899999156     |
| N° CHEQUE O CUENTA    | 264333568                                                                                                                                                                                                                                                   | VALOR          | 10,816,317.00 |
| POR VALOR DE          | DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS M/C                                                                                                                                                                                    |                |               |
| TELEFONO              | (601)514-0707                                                                                                                                                                                                                                               | NÚMERO         | 2025005456    |
| COMPROBANTE AFECTADO  | COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR                                                                                                                                                                                                                                 |                |               |
| DETALLE               | PAGO 2/9, CONTRATO No.CO1.PCCNTR.7650254. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VALORACIÓN Y ELABORACIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD, PERIODO DEL MARZO 14 / 2025 HASTA ABRIL 13 / 2025. |                |               |
| VIGENCIA PRESUPUESTAL | 2025                                                                                                                                                                                                                                                        |                |               |

| MOVIMIENTO CONTABLE |                                                                   |                          |     |        |               |               |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|--------|---------------|---------------|
| Cuenta              | Nombre de la cuenta                                               | Rubro                    | Aux | CenCos | Débito        | Crédito       |
| 24905401            | Honorarios administración - HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA - 899999156 | 231021905202425175000    |     | 0      | 10,816,317.00 | 0.00          |
|                     |                                                                   | 60402.3.2.02.009 - 71102 |     |        |               |               |
| 1110060347          | B.COL. CA 337-169452-57 MC - Otros gastos salud                   |                          | 0   |        | 0.00          | 10,816,317.00 |
| SUMAS IGUALES:      |                                                                   |                          |     |        | 10,816,317.00 | 10,816,317.00 |

| MOVIMIENTOS PRESUPUESTALES  |                                                           |                   |               |                    |                  |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|---------------|--------------------|------------------|
| Disponibilidad              | 2025000807                                                | Registro          | 2025001463    | Obligacion         | 2025005837       |
| Comprobante Afectado: Pagos |                                                           | Fecha: 03/07/2025 |               | Número: 2025006070 |                  |
| Cod Rubro                   | Nombre Rubro                                              | Codigo Fuente     | Nombre Fuente | V. Credito         | V. ContraCredito |
| 231021905202425175000       | CCPET: Servicios para la comunidad, sociales y personales | 71102             | COLJUEGOS     | 10,816,317.00      | 0.00             |
| 60402.3.2.02.009            |                                                           |                   |               |                    |                  |
| 71102                       |                                                           |                   |               |                    |                  |

|       |         |               |      |
|-------|---------|---------------|------|
| Pagos | Total : | 10,816,317.00 | 0.00 |
|-------|---------|---------------|------|

Aprobó:

Reviso:

Firma y Sello Beneficiario

Elaboró BEJARANO MONCADA NATALIA

Modificó BEJARANO MONCADA NATALIA

Imprimió BEJARANO MONCADA NATALIA

C.C ó Nit

SK

Empresa: CONTRATRANSPO147/2004

NIT: 899999172

Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: PAGO PROVE

Secuencia: A

Número de cuenta a debitar: 33716945257

Fecha: 07-07-2025

Hora: 12:27:05

Fecha de Generación: 07-07-2025

Fecha de envío del pago: 04-07-2025

Fecha para Procesar el pago: 04-07-2025

Impreso por: Denismovilla23

|                                       |                                             |                                    |                                    |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Total Registros del Lote: 2           | Registros Procesados: 2                     | Registros Rechazados: 0            | Registros Pendientes: 0            |
| Valor Total del Pago: \$10,895,068.00 | Valor Registros Procesados: \$10,895,068.00 | Valor Registros Rechazados: \$0.00 | Valor Registros Pendientes: \$0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA  | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR         | ENTIDAD         | ESTADO                                         | FECHA APLICACIÓN |
|-------------------|----------------|------------------------|---------------------|---------------|-----------------|------------------------------------------------|------------------|
| 00000000264333568 | Ahorros        | 899999156              | HOSPITAL SAN ANTON  | 10,816,317.00 | BANCO DE BOGOTA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH                      | 04-07-2025       |
| 00000004818257098 | Corriente      | 830133755              | ECOCAPITAL INTERNA  | 78,751.00     | BANCOLOMBIA     | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 04-07-2025       |



# ALCALDIA MUNICIPAL DE CHIA

NIT :899999172-8

Carrera 11 No 11 - 29 Tel: 884-44-44

## COMPRAS Y CUENTAS POR PAGAR N° 2025005456

CÓDIGO SGC

VERSIÓN SGC

FECHA SGC

01/01/2024

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| <b>Nombre:</b>   | HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CC o NIT:</b>  | 899999156     |
| <b>Dirección</b> | CR 10 N 8 24                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Teléfonos:</b> | (601)514-0707 |
| <b>Objeto:</b>   | PAGO 2/9, CONTRATO No.CO1.PCCNTR.7650254. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VALORACIÓN Y ELABORACIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD, PERIODO DEL MARZO 14 / 2025 HASTA ABRIL 13 / 2025. |                   |               |

### Movimiento Contable

| Cuenta   | Nombre de la cuenta                                               | CenCos | Aux | Dèbito        | Crèdito       |
|----------|-------------------------------------------------------------------|--------|-----|---------------|---------------|
| 55020580 | Servicios                                                         | 0      |     | 10,816,317.00 | 0.00          |
| 24905401 | Honorarios administración - HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA - 899999156 | 0      |     | 0.00          | 10,816,317.00 |

| Fecha (d/m/a) | Débitos       | Créditos      | Valor a Girar |
|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 02/07/2025    | 10,816,317.00 | 10,816,317.00 | 10,816,317.00 |

### Movimiento Presupuestal

| Vigencia Presupuestal |            | 2025                                                   | Disponibilidad Afectada                                             |  |               |               |
|-----------------------|------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|---------------|---------------|
| Compromiso            | Obligación | Rubro                                                  | Nombre Rubro Presupuestal                                           |  | Valor         | ContraCredito |
| 2025001463            | 2025005837 | 231021905202425<br>17500060402.3.2.<br>02.02.009 71102 | CCPET: Servicios para la comunidad, sociales y personales COLJUEGOS |  | 10,816,317.00 | \$ 0.00       |

|                     |  |  |  |               |         |
|---------------------|--|--|--|---------------|---------|
| Total Presupuesto : |  |  |  | 10,816,317.00 | \$ 0.00 |
|---------------------|--|--|--|---------------|---------|

|                             |                                   |                               |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <b>Elaboró:</b>             | <b>Revisó:</b>                    | <b>Aprobó:</b>                |
| LOPEZ BELTRAN SARA CATALINA | RODRIGUEZ VELASQUEZ LUZ ALEJANDRA | RODRIGUEZ ZAPATA PABLO FELIPE |

DIRECTOR TECNICO

**Elaboró** LOPEZ BELTRAN SARA CATALINA  
**Modificó** LOPEZ BELTRAN SARA CATALINA  
**Imprimió** CHITIVA CANTOR PAULA ALEJANDRA

FACTURA ELECTRONICA VENTA

Nº FECH155608

FECHA FACTURA

05/06/2025 04:43 p. m.

FECHA VENCIMIENTO

05/07/2025 04:43 p. m.

DIAS PLAZO

30,0000

ESTADO

Confirmado

CUFE:

431a13812d0afe5fa9ef659a4f398fa08c40264261305f76c754ba869515619368b73be05c3a4b169aa3bc5f7d9556d7

CLIENTE

MUNICIPIO DE CHIA

NIT

899999172

CIUDAD

CHIA

DIRECCION

OTRO

TELEFONO

VENDEDOR

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO - CHIA

ALMACEN

01

ALMACEN GENERAL



| CODIGO        | DESCRIPCION                                          | UNIDAD | CANTIDAD | VALOR/U          | SUBTOTAL         | %Dto | %Iva |
|---------------|------------------------------------------------------|--------|----------|------------------|------------------|------|------|
| 1 CTR 7650254 | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR. 7650254 |        | 1,00     | \$ 10.816.317,00 | \$ 10.816.317,00 | 0,00 | 0,00 |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|
| DETALLE                                                                                                                                                                                                                                   | SUBTOTAL          | \$ 10.816.317,00 |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VALORACIÓN Y ELABORACIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA.COMPRENDIDOS ENTRE 14 ABRIL Y 13 MAYO 2025 (60 VALORACIONES INSTITUCIONALES 03 VALORACIONES DOMICILIARIAS) | DESCUENTO         | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | IMPUESTO          | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | VALOR FLETES      | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | IMPUESTO FLETES   | \$ 0,00          |
| SON                                                                                                                                                                                                                                       | RETENCION IVA     | \$ 0,00          |
| DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.                                                                                                                                                 | RET.IVA SERVICIOS | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | RETENCION ICA     | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | RETENCION FUENTE  | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | AJUSTE AL TOTAL:  | \$ 0,00          |
|                                                                                                                                                                                                                                           | TOTAL FACTURA     | \$ 10.816.317,00 |
| SOMOS Empresa_Estatal                                                                                                                                                                                                                     | TOTAL A PAGAR     | \$ 10.816.317,00 |

AUTORIZACION FACTURA ELECTRONICA DE VENTA RESOLUCIÓN DIAN Nº. 18764080907357 DEL 3 de Octubre de 2024. AUTORIZADOS PARA MANEJAR DEL FECH131.200 AL FECH500.000.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL “SAN ANTONIO”CHIA-**

**NIT. 899.999.156-1**

**SOPORTE ANEXO PREFACTURA N° FECH155608**

Adjunto a la presente me permito radicar soporte de la factura **N°FECH155608** correspondiente al periodo de 14/04/2025 al 13/05/2025 en la referencia, con los documentos que a continuación relaciono en medio físico.

1. Factura de venta **N°FECH155608** de la E.S.E Hospital San Antonio de Chía en 1 folio.
2. Se realizaron 60 valoraciones institucionales por un valor de \$168.873 C/U
3. Se realizaron 3 valoraciones domiciliarias por un valor de \$227.979 V/U
4. Para un total de \$ 10.816.317 MCTE.

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

FECHA DEL INFORME MAYO 13 DEL 2025

|                    |                                                                           |                                                                                                                                                            |                                             |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ASPECTOS GENERALES |                                                                           |                                                                                                                                                            |                                             |
| TIPO DE INFORME    | AVANCE <input checked="" type="checkbox"/> FINAL <input type="checkbox"/> | PERIODO DEL INFORME                                                                                                                                        | DESDE MARZO 14 / 2025 HASTA ABRIL 13 / 2025 |
| TIPO DE RECURSOS   |                                                                           |                                                                                                                                                            |                                             |
| FUNCIONAMIENTO     |                                                                           | INVERSIÓN <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                              |                                             |
|                    |                                                                           | EJE: VIDA PLENA                                                                                                                                            |                                             |
|                    |                                                                           | SECTOR: SALUD Y PROTECCION SOCIAL                                                                                                                          |                                             |
|                    |                                                                           | PROGRAMA: SALUD PUBLICA                                                                                                                                    |                                             |
|                    |                                                                           | META: 33. GARANTIZAR EL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD A 2.000 PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD IDENTIFICADAS EN EL MUNICIPIO. |                                             |
|                    |                                                                           | NOMBRE DEL PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN CHIA.                                                                                                  |                                             |
|                    |                                                                           | CÓDIGO BPPIN: 2024251750006                                                                                                                                |                                             |

|                              |       |                                 |  |                 |            |                   |                    |
|------------------------------|-------|---------------------------------|--|-----------------|------------|-------------------|--------------------|
| DATOS GENERALES DEL CONTRATO |       |                                 |  |                 |            |                   |                    |
| TIPO DE CONTRATO             |       | INTERADMINISTRATIVO             |  |                 |            | CONTRATO No.      | CO1.PCCNTR.7650254 |
| CONTRATISTA                  |       | E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA |  |                 |            |                   |                    |
| PLAZO DE EJECUCIÓN           |       | 9 MESES                         |  |                 |            |                   |                    |
| FECHA DE CONTRATO            |       | 14/03/2025                      |  | FECHA DE INICIO | 14/03/2025 | FECHA TERMINACIÓN | 13/12/2025         |
| PRORROGA                     | FECHA | XXXXX                           |  | TIEMPO          | XXXXX      | FECHA TERMINACIÓN | XXXXX              |
| SUSPENSIÓN                   | FECHA | XXXXX                           |  | TIEMPO          | XXXXX      | FECHA TERMINACIÓN | XXXXX              |
| VALOR INICIAL EN NÚMEROS     |       | XXXXX                           |  | EN LETRAS       | XXXXX      |                   |                    |
| ADICIÓN                      | FECHA | XXXXX                           |  | VALOR           | XXXXX      | VALOR FINAL       | XXXXX              |

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

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

| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA DE PRESENTACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 13 DE MAYO 2025 | SOPORTES    | Kardex, Cronograma de agendamiento mes de marzo, Evidencia fotográfica, Consentimientos informados, Copias de certificados de discapacidad emitidos en el mes de marzo.                                                                                                                                                                                                                                |
| 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    | % ALCANZADO | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1-Realizar 540 valoraciones y expedición de certificaciones de discapacidad, de las cuales se requiere 530 valoraciones institucionales y 10 valoraciones domiciliarias, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1239 de 2022, y demás normatividad que adicione modifique o sustituya y de acuerdo a las directrices impartidas por el supervisor del contrato.                                                                     | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Durante la ejecución comprendida entre el 14 de abril al 13 de mayo del año en curso, se expiden los certificados a (60) sesenta pacientes en la modalidad institucional con un valor cada una de \$168.873 c/u y tres (3) pacientes en modalidad domiciliaria con un valor cada una de \$227.978.                                                                                 |
| 2-Realizar segunda valoración de ser necesario y según la demanda de la población usuaria, previa solicitud de la supervisora del contrato, con equipo multidisciplinario diferente que cuente con los mismos requisitos solicitados en las especificaciones técnicas del estudio previo, por consiguiente se realizará verificación por parte del supervisor.<br>Del 01 de junio al 30 de junio no se solicitaron segundas valoraciones. | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Del 14 de marzo al 13 de no se requirieron segundas valoraciones por parte de los pacientes o sus familiares.                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3-Contar con un equipo multidisciplinario conformado por profesionales registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1197 de 2024 y demás normatividad que adicione modifique o sustituya y en las especificaciones técnicas del estudio previo                                                                        | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>La ESE Hospital San Antonio de Chía presenta dos equipos multidisciplinarios conformados por 2 Médicos, 2 Psicólogas, una enfermera jefe y una Optómetra. Adicionalmente se cuenta con acompañamiento de una profesional en Trabajo social. Se presenta a secretaria de salud cronograma del mes con el fin de garantizar acceso a las citas, acorde a la demanda de la comunidad. |
| 4-Disponer de agendas abiertas para la Asignación decitas con el equipo Multidisciplinario de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Se garantiza la oportunidad en las agendas con disponibilidad de agendas institucionales de manera semanal.                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5-Permitir que en la consulta con el equipo multidisciplinario de salud, se cuente con apoyos y ajustes razonables, acordes con las necesidades de cada solicitante definidas por el médico tratante.                                                                                                                                                                                                                                     | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>En la primera ejecución contractual no se requirió de ajuste razonable o intérprete de señas.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6-Reportar y actualizar los usuarios institucionales que ingresaran a los sistemas de información, mediante la Plataforma PISIS de este Ministerio, en representación de su entidad.                                                                                                                                                                                                                                                      | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Durante el periodo no se realiza actualización de datos en plataforma PISIS, teniendo en cuenta que no hay nuevos integrantes.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 7-Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para el reporte de la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad RLCPD.                                                                                                                                                                                                                                                   | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Garantizando el derecho a la información y accesibilidad se brinda la señalización informativa de certificación de discapacidad, así como los recursos de infraestructura y conectividad requerida para el proceso certificador.                                                                                                                                                   |
| 8-Entregar copia del certificado cuando la personas con discapacidad o excepcionalmente su representante lo requiera.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Se entregan los certificados de Discapacidad en físico a los usuarios certificados o los representantes legales de los pacientes.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 9-Direccionar a la persona con discapacidad hacia la Secretaría de Salud o la entidad que haga sus veces, para el suministro de la información                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100%            | 22.22 %     | <b>Producto:</b><br>Direccionar a la persona con discapacidad hacia la Secretaría de Salud o la entidad que haga                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



|                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| relacionada con los usos del certificado de discapacidad.<br>Se brinda la información a cada una de las personas certificadas y a los familiares el resultado del certificado y se direcciona a Secretaria de salud con el fin de conocer sus usos y beneficios. |  |  | sus veces, para el suministro de la información relacionada con los usos del certificado de discapacidad.<br>Se brinda la información a cada una de las personas certificadas y a los familiares el resultado del certificado y se direcciona a Secretaria de salud con el fin de conocer sus usos y beneficios. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |         |                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10-Disponer del equipo de trabajo requerido durante todo el plazo de ejecución contractual, y en el caso de requerir algún cambio de personal, se deberá acreditar que el personal de reemplazo cuente con iguales requisitos exigidos por la Secretaría de Salud en el presente estudio. Dicho cambio debe ser aprobado por el supervisor del contrato.<br>Se realiza un cambio en el personal del equipo 2, cumpliendo con los estándares establecidos. | 100% | 22.22 % | <b>Producto:</b><br>En el periodo se garantiza la continuidad contractual de los profesionales certificadores de la ESE Hospital San Antonio de Chía. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DE IGUAL MANERA SE PROCEDE A DEJAR CONSTANCIA DE LA REVISIÓN, VERIFICACIÓN, APROBACIÓN Y AVAL DEL INFORME PRESENTADO POR EL CONTRATISTA, ASÍ:

|                                                                                                                |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES                                                                                                  |                                                                              |
| EN VIRTUD DE LO ANTERIOR SE APRUEBA INFORME DE ACTIVIDADES                      SI (X)                      NO |                                                                              |
| MOTIVOS SI NO FUE APROBADA                                                                                     | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |

|               |                                                                      |  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|--|
| VALOR INICIAL | \$ 90.000.000                                                        |  |
| VALOR ADICIÓN | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |  |
| VALOR TOTAL   | \$ 90.000.000                                                        |  |

| CUENTA / PAGO         |    |   | VALOR A PAGAR | % EJECUCIÓN |
|-----------------------|----|---|---------------|-------------|
| 1                     | DE | 9 | \$ 4.052.952  | 11.11 %     |
| 2                     | DE | 9 | \$ 10.816.317 | 11.11 %     |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
| VALOR TOTAL EJECUTADO |    |   | \$ 90.000.000 | 100.00 %    |
| SALDO POR EJECUTAR    |    |   | \$ 75.130.731 | 88.89 %     |

| NÚMERO REGISTRO PRESUPUESTAL | FECHA      | RUBRO PTAL                                           | FUENTE | VALOR TOTAL   | VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA | SALDO REGISTRO |
|------------------------------|------------|------------------------------------------------------|--------|---------------|--------------------------------|----------------|
| 2025001463                   | 14/03/2025 | 2310219052024<br>2517500060402.<br>3.2.02.02.<br>009 | 71102  | \$ 90.000.000 | \$ 10.816.317                  | \$ 75.130.731  |

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.

|                 |              |                                  |               |
|-----------------|--------------|----------------------------------|---------------|
| PERSONA NATURAL | PLANILLA No. | MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE | VALOR PAGADO  |
|                 | 33366666     | MAYO                             | \$ 44.702.800 |

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.





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



|                                                                                                                   |                         |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN |        |              |
|                                                                                                                   | INFORME DE SUPERVISIÓN  | CÓDIGO | GEC-FT-62-V3 |
|                                                                                                                   |                         | PÁGINA | 6 de 5       |