

|                                                                                                                   |                                           |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|--------------|
| <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.PCCNTR.7650254                                                                                                                                           | CONTRATISTA | E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA |          |                   |
| FECHA DE CONTRATO            | 14/03/2025                                                                                                                                                   | NIT / CC    | 8999999156                      | TELÉFONO | PBX (601) 5140707 |
| OBJETO DEL CONTRATO          | PRESTACIÓN DE SERVICIO PARA LA VALORACIÓN Y ELABORACION DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DEDISCAPACIDAD. |             |                                 |          |                   |

| CUENTA / PAGO |    |                 | PERÍODO / CORTE |            |               |
|---------------|----|-----------------|-----------------|------------|---------------|
| 264333568     | DE | BANCO DE BOGOTÁ | DEL             | 14/03/2025 | AL 13/04/2025 |

| RUBRO PRESUPUESTAL                            |                   | VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR DE ESTE PAGO | SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO |
|-----------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| CUENTA                                        | FUENTE - ARTICULO |                                       |                    |                              |
| 2310219052024<br>2517500060402.<br>3.2.02.02. | 71102             | \$ 90.000.000                         | \$ 4.052.952       | \$ 85.947.048                |

| INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.                                                                              |                                   |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| PLANILLA N°                                                                                                                                              | MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE | VALOR PAGADO  |
| 33040604                                                                                                                                                 | ABRIL                             | \$ 43.885.800 |
| 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. |                                   |               |

| 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 PERIODO 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.<br><br>LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS <u>13</u> DÍAS DEL MES <u>ABRIL</u> DEL AÑO <u>2025</u> |

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

**NOTA IMPORTANTE: LOS VALORES REFERENCIADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO DEBEN SER GIRADOS DE OTROS GASTOS EN SALUD DE LA CUENTA DE AHORROS – BANCOLOMBIA # 33716945257.**

|                                                                                                                   |                              |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------|--------------|
| <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.7650254                                                                                                                                           | CONTRATISTA          | E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO CHIA |          |                   |
| FECHA DE CONTRATO            | 14/03/2025                                                                                                                                                   | NIT / CC             | 899999156                       | TELÉFONO | PBX (601) 5140707 |
| OBJETO DEL CONTRATO          | PRESTACIÓN DE SERVICIO PARA LA VALORACIÓN Y VALORACION DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD. |                      |                                 |          |                   |
| FECHA DE EVALUACIÓN          | 13 / 04 / 2025                                                                                                                                               | PERIODO EVALUADO DEL | 14 / 03 / 2025                  | AL       | 13 / 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 (Prorroga).                                                 | 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 |         |
| <div><input checked="" type="checkbox"/> EXCELENTE (81 - 100 )</div> <div><input type="checkbox"/> BUENO (61 - 80)</div> <div><input type="checkbox"/> REGULAR (41 - 60)</div> <div><input type="checkbox"/> DEFICIENTE (21 - 40)</div> <div><input type="checkbox"/> MALO (0 - 20)</div> |                    |                                                                                                          |        |               |         |
| OBSERVACIONES .....                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                                                                          |        |               |         |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |                                                                                                          |        |               |         |

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.

**NOTA IMPORTANTE: LOS VALORES REFERENCIADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO DEBEN SER GIRADOS DE OTROS GASTOS EN SALUD DE LA CUENTA DE AHORROS – BANCOLOMBIA # 33716945257.**

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

FECHA DEL INFORME    ABRIL 13 DEL 2025 .....

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

| 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 ABRIL 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%             | 11.11%      | <b>Producto:</b><br>Durante la ejecución comprendida entre el 14 de marzo al 13 de abril del año en curso, se expiden los certificados a (24) veinticuatro pacientes en la modalidad institucional con un valor cada una de \$168.873 c/u.                                                                                                                                                             |
| 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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <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%             | 11.11%      | <b>Producto:</b><br>Direccionar a la persona con discapacidad hacia la Secretaría de Salud o la entidad quehaga                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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% | 11.11% | <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 %     |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
|                       | DE |   |               |             |
| VALOR TOTAL EJECUTADO |    |   | \$ 90.000.000 | 100.00 %    |
| SALDO POR EJECUTAR    |    |   | \$ 85.947.048 | 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 | \$ 4.052.952                   | \$ 85.947.048  |

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

| PERSONA NATURAL | PLANILLA No. | MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE | VALOR PAGADO  |
|-----------------|--------------|-----------------------------------|---------------|
|                 | 33040604     | ABRIL                             | \$ 43.885.800 |

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       |