

 ALCALDÍA MUNICIPAL 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.7882937	CONTRATISTA	MARIA CRISTINA BELTRAN SILVA		
FECHA DE CONTRATO	16/05/2025	NIT / CC	20455906	TELÉFONO	3125721995
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS DEL MUNICIPIO DE CHÍA.				
FECHA DE EVALUACIÓN	18/07/2025	PERIODO EVALUADO DEL	19/06/2025	AL	18/07/2025

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	
☒ EXCELENTE (81 - 100) ☐ BUENO (61 - 80) ☐ REGULAR (41 - 60) ☐ DEFICIENTE (21 - 40) ☐ MALO (0 - 20)					
OBSERVACIONES					

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

El presente informe se entenderá presentada con la firma electrónica impuesta a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.

 ALCALDÍA MUNICIPAL 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.7882937	CONTRATISTA	MARIA CRISTINA BELTRAN SILVA		
FECHA DE CONTRATO	19/05/2025	NIT / CC	20455906	TELÉFONO	3125721995
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS DEL MUNICIPIO DE CHÍA.				

CUENTA / PAGO			PERIODO / CORTE		
2	DE	8	DEL	19/06/2025	AL 18/07/2025

RUBRO PRESUPUESTAL		VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR DE ESTE PAGO	SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO
CUENTA	FUENTE - ARTICULO			
2025002738	1101	\$ 31.506.800	\$ 4.316.000	\$ 22.874.800

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES			
PLANILLA N°	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE	TIPO DE APOORTE	VALOR PAGADO
9486628055	JUNIO	SALUD	\$ 215.800
		PENSIÓN	\$ 276.300
		ARL	\$ 9.100
TOTAL			\$ 501.200
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:				
☒ EXCELENTE (81 - 100)	☐ BUENO (61 - 80)	☐ REGULAR (41 - 60)	☐ DEFICIENTE (21 - 40)	☐ MALO (0 - 20)

CERTIFICACIÓN
POR LO ANTERIOR, DEJO CONSTANCIA EXPRESA QUE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL CONTRATISTA FUERON REVISADOS DETALLADAMENTE, VERIFICANDO QUE CUMPLEN COMPLETAMENTE EN SU CONTENIDO, CON LOS REQUERIMIENTOS LEGALES Y CONTRACTUALES ESTABLECIDOS. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS <u>18</u> DÍAS DEL MES <u>JULIO</u> DEL AÑO <u>2025</u>

EL SUPERVISOR REVISÓ, VERIFICÓ Y APRUEBA LA CUENTA DE COBRO Y SOLICITA EL PAGO DE LA CUENTA A LA SECRETARÍA DE HACIENDA.

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

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
		PÁGINA	1 de 3

FECHA DEL INFORME 18 – 07 - 2025

ASPECTOS GENERALES			
TIPO DE INFORME	AVANCE ☒ FINAL ☐	PERIODO DEL INFORME	DESDE 19/06/2025 HASTA 18/07/2025
TIPO DE RECURSOS			
FUNCIONAMIENTO ☐		INVERSIÓN ☒	
		EJE VIDA PLENA	
		SECTOR Salud y Protección Social	
		PROGRAMA Salud Pública	
		31. Brindar asistencia técnica y apoyo integral a las IPS registradas para el municipio de Chía encargadas de atender diagnósticos de enfermedades transmisibles, enfermedades huérfanas, crónicas, y no trasmisibles.	
		META	
NOMBRE DEL PROYECTO Transformación saludable de Chía			
CÓDIGO BPPIN 2024251750007			

DATOS GENERALES DEL CONTRATO							
TIPO DE CONTRATO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CONTRATO No.		CO1.PCCNTR.7882937
CONTRATISTA		MARIA CRISTINA BELTRAN SILVA					
PLAZO DE EJECUCIÓN		7 MESES Y 9 DÍAS					
FECHA DE CONTRATO		16/05/2025		FECHA DE INICIO		19/05/2025	
FECHA TERMINACIÓN		27/12/2025					
PRORROGA	FECHA	XXXXX		TIEMPO	XXXXX		FECHA TERMINACIÓN
		XXXXX				XXXXX	
SUSPENSIÓN	FECHA	XXXXX		TIEMPO	XXXXX		FECHA TERMINACIÓN
		XXXXX				XXXXX	
VALOR INICIAL EN NÚMEROS		XXXXX		EN LETRAS	XXXXX		
ADICIÓN	FECHA	XXXXX		VALOR	XXXXX		VALOR FINAL
		XXXXX				XXXXX	

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

INFORME DE SUPERVISIÓN			
FECHA DE PRESENTACIÓN	18/07/2025	SOportes	BASE DE DATOS, AGENDA DE CITAS, CRONOGRAMA, ACTA DE REUNIÓN
EL SUSCRITO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE EL CONTRATO, PRESENTA EL SIGUIENTE INFORME, RESPECTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA:			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	% PROGRAMADO (SI APLICA – N/A)	% ALCANZADO (SI APLICA – N/A)	OBSERVACIONES INDICAR CÓMO SE CUMPLE CADA OBLIGACIÓN, DÓNDE ESTÁ Y CUÁL ES EL SOPORTE, CUÁL ES EL PRODUCTO ENTREGADO
1. Apoyar en la aplicación del proceso de caracterización de los cuidadores o asistentes personales de personas con algún grado de discapacidad enfermedades raras y/o huérfanas, generando los instructivos, manuales y formatos requeridos para el registro de las personas referidas.	100%	12.5%	Se realiza apoyo en el proceso de caracterización e identificación de los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad generando los instructivos, manuales y formatos requeridos para el registro de las personas referidas, donde asistí y participe en la asistencia técnica brindada por el Ministerio de salud con el fin de llevar a cabo el proceso de caracterización de cuidadores de la 1ª y 2ª fase del plan piloto realizado en los días 20, 24 y 25 de junio de 2 pm a 4 pm de forma virtual. El registro de los cuidadores se realizará en la plataforma SISPRO – RLCPD- REGISTRO CUIDADORES.
2. Concertar con el supervisor del contrato, un cronograma de ejecución de las actividades para alcanzar el objeto del contrato de forma mensual	100%	12.5%	Se realiza socialización y entrega del cronograma mensual al supervisor del contrato, especificando fecha y actividades realizadas durante el período contractual.
3. Apoyar en la aplicación, mediante entrevista, del anexo técnico de la Resolución 2646 de 2024 de Min Salud y Protección Social, y demás normatividad que la sustituya, modifique o adicione, que dispone la caracterización e identificación de los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad acorde al registro de certificados de discapacidad emitidos en el municipio de Chía.	100%	12.5%	Asistí y participe en la asistencia técnica ofrecida por el Ministerio de salud los días 20, 24 y 25 de junio/25 de forma virtual. Dando inicio al proceso de la 1ª fase y 2ª fase del plan piloto de caracterización de los cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad. Se lleva a cabo los lineamientos y tiempos otorgados para realizar el proceso de caracterización mediante entrevista, según el anexo técnico de la Resolución 2646/24 de

	DE						
	DE						
	DE						
	DE						
VALOR TOTAL EJECUTADO			\$ 4.316.000			12.5%	
SALDO POR EJECUTAR			\$ 22.874.800			75%	
NÚMERO REGISTRO PRESUPUESTAL		FECHA	RUBRO PTAL	FUENTE	VALOR TOTAL	VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA	SALDO REGISTRO
2025002738		16/05/2025	2310219052024 2517500070502. 3.2.02.02.009	1101	\$ 31.506.800	\$ 4.316.000	\$ 22.874.800

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.				
PERSONA NATURAL	PLANILLA No.	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE	TIPO DE APORTE	VALOR PAGADO
	9486628055	JUNIO	SALUD	\$ 215.800
			PENSIÓN	\$ 276.300
			ARL	\$ 9.100
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.				

PERSONA JURIDICA	FECHA CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR	PARAFISCALES	VERIFICADO				
	N/A	☐ REPRESENTANTE LEGAL	ICBF	SI		NO	X	
		☐ REVISOR FISCAL	CAJA COMPENSACIÓN	SI		NO	X	
			SENA	SI		NO	X	
SE VERIFICÓ PARA EL PERIODO DE TIEMPO AL QUE CORRESPONDE EL PRESENTE INFORME LA CORRECTA RELACIÓN ENTRE EL MONTO CANCELADO Y LAS SUMAS QUE DEBIERON HABER SIDO COTIZADAS, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 789 DE 2002, ART. 50.								

ACCIONES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS DEL CONTRATO		
SE HA REALIZADO EL MONITOREO POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN, DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO Y/O CONTROL DE LOS RIESGOS ESTABLECIDO EN LA MATRIZ DE RIESGOS ESTABLECIDOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, PARA EL EFECTO SE PRESENTA UN EL SIGUIENTE INFORME SOBRE EL ESTADO DE CADA UNO DE ELLOS:		
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ESTADO	ACCIONES
XXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXX

ESTADO DE LAS GARANTÍAS (SI SE SOLICITARON EN EL CONTRATO)						
DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS	ESTADO			ACCIONES		
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	N.A.
XXXXXXXXXXXX	XX	XX	XXXX	XX	XX	XX
XXXXXXXXXXXX	XX	XX	XXXX	XX	XX	XX
XXXXXXXXXXXX	XX	XX	XXXX	XX	XX	XX

El presente informe 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 LA CUENTA **MAESTRA DE SALUD PÚBLICA - CUENTA DE AHORROS – BANCOLOMBIA # 33737531665**