

|                                                                                                                   |                         |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------------|
| <br>ALCALDÍA MUNICIPAL<br>DE CHÍA | GESTIÓN EN CONTRATACIÓN |        |              |
|                                                                                                                   | INFORME DE SUPERVISIÓN  | CÓDIGO | GEC-FT-62-V3 |
|                                                                                                                   |                         | PÁGINA | 1 de 4       |

FECHA DEL INFORME DD 13 - 05 - 2025

|                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ASPECTOS GENERALES                      |                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |
| TIPO DE INFORME                         | AVANCE <input checked="" type="checkbox"/> | FINAL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                             | PERIODO DEL INFORME DESDE 12-04-2025 HASTA 11-05-2025 |
| TIPO DE RECURSOS                        |                                            |                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |
| FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/> |                                            | INVERSIÓN <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |                                                       |
|                                         |                                            | EJE VIDA PLENA                                                                                                                                                                                                             |                                                       |
|                                         |                                            | SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL                                                                                                                                                                                           |                                                       |
|                                         |                                            | PROGRAMA SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                                                                     |                                                       |
|                                         |                                            | 31: BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA Y APOYO INTEGRAL A LAS IPS REGISTRADAS PARA EL MUNICIPIO DE CHIA, ENCARGADAS DE ATENDER DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, META ENFERMEDADES HUÉRFANAS, CRÓNICAS Y NO TRANSMISIBLES |                                                       |
|                                         |                                            | NOMBRE DEL PROYECTO TRANSFORMACIÓN SALUDABLE DE CHÍA                                                                                                                                                                       |                                                       |
|                                         |                                            | CÓDIGO BPPIN 2024251750007                                                                                                                                                                                                 |                                                       |

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| FECHA DE PRESENTACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 13/05/2025                     | SOPORTES                      | SE INDICA SI HAY PLANILLAS, ACTAS DE SEGUIMIENTO, PANTALLAZOS DE CORREOS ELECTRONICOS, CON REGISTRO FOTOGRAFICO, Y FIRMAS DE ASISTENCIA<br>REGISTRO FOTOGRAFICO, CD, BASES DE DATOS, ETC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| EL SUSCRITO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE EL CONTRATO, PRESENTA EL SIGUIENTE INFORME, RESPECTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA:                                                                                  |                                |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                           | % PROGRAMADO (SI APLICA – N/A) | % ALCANZADO (SI APLICA – N/A) | OBSERVACIONES<br>INDICAR CÓMO SE CUMPLE CADA OBLIGACIÓN, DONDE ESTÁ Y CUÁL ES EL SOPORTE, CUÁL ES EL PRODUCTO ENTREGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1. Apoyar a la Secretaría de salud en las visitas y seguimiento de los eventos con sospecha o confirmados de tuberculosis y enfermedad de HANSEN (lepra) con sus contactos en los respectivos formatos entregados por el Instituto Nacional de Salud, de acuerdo a línea base entregada por la Secretaría de Salud | 100%                           | 30%                           | La contratista realizó visita de campo a los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis donde se verifica el estado actual de los pacientes y se evalúan los contactos del mismo, se realiza comprobación del TDO (tratamiento directamente observado) y atención en la IPS. Se cuenta con los formatos establecidos por el ministerio de salud y de acuerdo a los lineamientos de la resolución 0227 adjuntos a este informe.<br>Pacientes asistidos:<br>Tuberculosis:<br>Michael Stiven Rodríguez: Visita inicio de tratamiento fase 2<br>fecha: 5-05-25<br>Viruela Símica<br>Paciente: Yeisón Perez Rodríguez: visita de evaluación de lesiones<br>fecha: 23-03-25<br><b>Producto</b> (informe de visitas, formato IEC dado por el Departamento), correos de envío de visitas y libro de |

| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |     | contactos al correo de micobacterias_itsvsp@cundinamarca.gov.co<br>Se realizo solicitud y entrega de los medicamentos de los siguientes pacientes:<br>Michael Stiven Rodríguez fase 2<br>Gratiniano Ramirez Fase 2<br><b>Producto</b> (Informe de tratamientos y formato gestión de medicamentos dado por el Departamento, correos de envío de solicitud de medicamentos al correo de Cundinamarca.<br>medicamentostblepra@cundinamarca.gov.co                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2. Apoyar a la Secretaria de salud en la asistencia técnica a las IPS (Instituciones prestadoras de servicios de salud) públicas y privadas del Municipio de Chía con el fin de vigilar el cumplimiento de las metas programáticas, libros del programa y otros de acuerdo a lineamientos nacionales (Resolución 227/2020), diagnóstico y entrega oportuna y con calidad de los tratamientos y de los casos activos de TB con confección de VIH (Tuberculosis- Virus de Inmunodeficiencia Humana) y manejo integral, adherencia al tratamiento, controles médicos y bacteriológicos y cierres. | 100  | 30% | La contratista realizo por medio de la reunión con las IPS usando un Acta sobre temas referentes a los servicios de atención de la institución y la relación de estos con el programa de Tuberculosis y Lepra. Se realiza revisión en campo de los documentos asociados al programa. Se adjuntan actas de reunión IPS visitadas:<br>IPS Compensar<br>Fecha: 21-04-2025<br>IPS Sanidad Policía<br>Fecha: 30-04-25<br>IPS Virrey Solís<br>Fecha: 2-05-2025<br>Fundación Santafé<br>Fecha: 21-04-2025<br><b>Producto</b> (Informe de asistencia técnica y actas de asistencia técnica realizada a las IPS                                                                                                                                                                                                        |
| 4. Brindar acompañamiento a los profesionales de la salud de las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) del Municipio de Chía, en los protocolos, guías y normas nacionales de gestión técnica y administrativa de las acciones del programa Tb (Tuberculosis) y Hansen protocolos del Instituto Nacional de salud de los eventos relacionados con zoonosis (brucelosis) (Circular 046 de 2024), leishmaniasis, leptospirosis, dengue, Chagas, accidentes ofídicos, exposiciones rábicas y demás de acuerdo a la circular.                                                                   | 100% | 30% | La contratista realizo junto con la epidemióloga referente de la secretaria de salud el plan de contingencia de fiebre amarilla y se estableció el formato de seguimiento a casos notificados como probables casos de fiebre amarilla<br>IPS visitadas<br>Hospital San Antonio de Chía<br>Fecha: 30-04-2025<br>Sanidad Policía<br>Fecha: 30-04-2025<br>Virrey Solís (Salud Total)<br>Fecha: 2 -05-2025<br>Clínica Universidad de la Sabana<br>Fecha: 30-04-2025<br>Pacientes con seguimiento de caso probable de Fiebre amarilla<br>MIGUEL SOCHA GUERRERO<br>YARED SANTIAGO YOSCUA PEREZ<br>ADRIANA DEL PILAR CALDERÓN<br>ELI DE JESÚS PASTRANA<br><b>Producto</b> (acta de visitas a IPS, Acta de seguimiento a casos probables de Fiebre amarilla y registro de datos de los pacientes con HC y diagnóstico |
| 6. Apoyar a la Secretaría de salud en la BAC (Búsqueda Activa Comunitaria) de los sintomáticos respiratorios a través de la información entregada por el personal del plan de intervenciones colectivas-PIC y realizar el correspondiente envío a las Instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Chía.                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100% | 30% | La contratista realizo por medio de la obtención de una base de datos de contactos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis, la cual es enviada a cada IPS para que se verifique la asistencia de estos pacientes a la consulta.<br>Se realizo envío de la BAC a las siguientes IPS:<br>Nueva EPS: 2 pacientes,<br>Famisanar: 1 paciente,<br>Aliansalud: 1 paciente<br>SURA: 1 paciente<br><b>Producto</b> (Informe BAC y correos enviados a las IPS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 7. Apoyar a la Secretaría de Salud en la vigilancia y seguimiento en la implementación de la Ruta Integral de Salud y su funcionamiento del programa de TB (Tuberculosis) y Hansen en las IPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 100  | 30% | La contratista realizo por medio de un acta de visita a las IPS donde se evalúa la ruta de atención de tuberculosis teniendo en cuenta lo que establece la resolución<br>Las IPS visitadas fueron:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| INFORME DE SUPERVISIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Instituciones Prestadoras de Salud) del Municipio de Chía; de acuerdo a la Resolución 3202 del 2016 y Resolución 3280 del 2018 y demás normas que modifiquen, sustituyan y/o adicionen, por lo cual deberá presentar acta de visita y lista de chequeo, dando cumplimiento a las variables que da la ruta.                                                                                                                               |      |     | IPS visitadas:<br>IPS visitadas:<br>IPS Compensar<br>Fecha: 21-04-2025<br>IPS Sanidad Policía<br>Fecha: 30-04-25<br>IPS Virrey Solís<br>Fecha: 2-05-2025<br>Fundación Santafé<br>Fecha: 21-04-2025<br><b>Producto</b> (informe de seguimiento y actas de visita resolución 3280 realizadas a las IPS )                                                                                                                                                                                                            |
| 8. Apoyar a la Secretaría de Salud en la realización de actividades de captura, registro, digitalización y análisis de datos, de la dimensión de enfermedades transmisibles, en lo referente al objeto contractual, generando información, indicadores e informes, acorde a las necesidades de la dirección de salud pública o la secretaria de salud. Presentar base en Excel.                                                           | 100% | 30% | La contratista realizo la revisión de las notificaciones realizadas hasta 11 de mayo de 2025 para evaluar la incidencia en el municipio, la población que se ve más afectada en este período, los estados de tratamiento y las cohortes de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis para los meses de enero febrero, marzo y abril de 2025. Se genera informe con los resultados encontrados.<br><b>Producto</b> (base de datos en Excel de pacientes con seguimiento de 2025) e indicadores de seguimiento. |
| 9. Apoyar a la Secretaría de Salud en el seguimiento a las IPS privadas (Clínica Chía, Clínica Marly y Clínica Universidad de la Sabana) y la IPS publica (Hospital San Antonio de Chía) en lo referente a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), a través de verificación de los reportes semanales y del seguimiento y prevención de las medidas de control contra posibles brotes dentro de la Institución de salud. | 100% | 30% | La contratista realizó por medio de un acta de reunión para el seguimiento de la notificación individual y colectivas de IAAS más frecuentes presentadas en la institución.<br>IPS Visitadas:<br>Hospital San Antonio de Chía<br>Fecha:6-05-25<br><b>Producto</b> (informe de IAAS y Actas de visita IAAS realizadas y correo de envío al Departamento de la revisión de IAAS del 1 trimestre de 2025)                                                                                                            |
| 11. Apoyar a la Secretaría de Salud de Chía en las actividades que se generen con relación a los eventos de interés en salud pública. Decreto 3518 de 2006 y demás normas que modifiquen, sustituyan y/o adicionen, de acuerdo al objeto contractual, mediante asistencia técnica y/o reuniones y/o socializaciones, seguimiento y vigilancia a los planes de acción correspondientes al evento.                                          | 100% | 30% | La contratista asistió al cove departamental<br>Fecha: 10-04-2025<br>- Capacitación en la secretaria de Salud de Fiebre amarilla<br>Fecha: 29-04-2025<br>- Apoyo celebración día del niño jardín del municipio<br>Fecha: 23/04/2025.<br>-Apoyo en tamizaje VIH para población carcelaria<br>Fecha 2-05-2025<br><b>Producto</b> (Anexo registro fotográfico actividad, listado de tamizaje)                                                                                                                        |

|                                                                                                                                               |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| DE IGUAL MANERA SE PROCEDE A DEJAR CONSTANCIA DE LA REVISIÓN, VERIFICACIÓN, APROBACIÓN Y AVAL DEL INFORME PRESENTADO POR EL CONTRATISTA, ASÍ: |                                                             |
| OBSERVACIONES                                                                                                                                 | LA CONTRATISTA ENTREGO LO CORRESPONDIENTE AL AVANCE DEL 30% |
| EN VIRTUD DE LO ANTERIOR, SE APRUEBA EL INFORME DE ACTIVIDADES PRESENTADO                                                                     |                                                             |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                            |                                                             |
| MOTIVOS SI NO FUE APROBADA                                                                                                                    |                                                             |

|               |    |    |                                                      |  |             |
|---------------|----|----|------------------------------------------------------|--|-------------|
| VALOR INICIAL |    |    | 58.653.000 M/C                                       |  |             |
| VALOR ADICIÓN |    |    | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |  |             |
| VALOR TOTAL   |    |    | 58.653.000 M/C                                       |  |             |
| CUENTA / PAGO |    |    | VALOR A PAGAR                                        |  | % EJECUCIÓN |
| 1             | DE | 10 | 5.985.000                                            |  | 10%         |
| 2             | DE | 10 | 5.985.000                                            |  | 10%         |
| 3             | DE | 10 | 5.985.000                                            |  | 10%         |
|               | DE |    |                                                      |  |             |



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

| DATOS GENERALES DEL CONTRATO |                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                    |          |            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|----------|------------|
| CONTRATO No.                 | CO1.PCCNTR.7453733                                                                                                                                                                                                                   | CONTRATISTA          | EUNICE PEÑA IRREÑO |          |            |
| FECHA DE CONTRATO            | 11/02/2025                                                                                                                                                                                                                           | NIT / CC             | 51875349           | TELÉFONO | 3224170272 |
| OBJETO DEL CONTRATO          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR APOYO EN ACCIONES DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA, CONTROL Y SEGUIMIENTO A LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DEL MUNICIPIO DE CHÍA |                      |                    |          |            |
| FECHA DE EVALUACIÓN          | 13/05/2025                                                                                                                                                                                                                           | PERIODO EVALUADO DEL | 12/04/2025         | AL       | 11/05/2025 |

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

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

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

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

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

| CUENTA / PAGO |    |    | PERÍODO / CORTE |            |               |
|---------------|----|----|-----------------|------------|---------------|
| 3             | DE | 10 | DEL             | 12/04/2025 | AL 11/05/2025 |

| RUBRO PRESUPUESTAL                               |                   | VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR DE ESTE PAGO | SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| CUENTA                                           | FUENTE - ARTICULO |                                       |                    |                              |
| 2310219052024<br>2517500070502.<br>3.2.02.02.009 | 21305             | 58.653.000                            | 5.985.000          | 40.698.000                   |

| INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.                                                                              |                                  |                |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|--------------|
| PLANILLA N°                                                                                                                                              | MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE | TIPO DE APORTE | VALOR PAGADO |
| 9485863159                                                                                                                                               | ABRIL                            | SALUD          | \$299.300    |
|                                                                                                                                                          |                                  | PENSIÓN        | \$383.100    |
|                                                                                                                                                          |                                  | ARL            | \$ 25.000    |
| TOTAL                                                                                                                                                    |                                  |                | \$707.400    |
| VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO. |                                  |                |              |

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

| CERTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| POR LO ANTERIOR, DEJO CONSTANCIA EXPRESA QUE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL CONTRATISTA FUERON REVISADOS DETALLADAMENTE, VERIFICANDO QUE CUMPLEN COMPLETAMENTE EN SU CONTENIDO, CON LOS REQUERIMIENTOS LEGALES Y CONTRACTUALES ESTABLECIDOS. |
| LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS 13 DÍAS DEL MES MAYO DEL AÑO 2025                                                      |

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