	FORMATO DE ACTA DE PAGO PARCIAL	Código	
		Versión	
		Fecha	

GRADO DE RESPONSABILIDAD
Mediante la suscripción de la presente acta el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida.

ACTA No.	01	FECHA ELABORACIÒN (DD/MM/AA)		10/11/2021

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
CÓDIGO CONTRATO	FECHA CELEBRACIÒN (DD/MM/AA)	RESERVA		COMPROMISO	
		NÚMERO	FECHA	NÚMERO	FECHA
CPSA-096-2021	27/10/2021	1438	12/10/2021	1460	27/10/2021

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED, A TRAVÉS DE LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS DE LA ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR.

CONTRATISTA	NIT
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED	890.980.719-1
REPRESENTANTE LEGAL	**C.C.**
PBRO. DIEGO FERNANDO RESTREPO URIBE	98.607.589
SUPERVISOR	**CARGO**
ALEJANDRA MARIA ARANGO ALVAREZ	SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

PLAZO DE EJECUCIÓN						
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÒN	MESES	DÍAS	Fecha	27/10/2021	a	15/12/2021
	1	20				
Acta de suspension	N/A		Fecha Celebración	N/A		
Acta de reinicio	N/A		Fecha Celebración	N/A		
NUEVA FECHA DE TERMINACIÒN	MESES	DÍAS	Periodo	N/A		N/A
	N/A					
Prórroga 1	MESES	DÍAS	Fecha		a	
PLAZO FINAL DE EJECUCIÒN	MESES	DÍAS	Fecha	27/10/2021	a	15/12/2021
	1	20				

VALOR DEL CONTRATO				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$			60,000,000
Otrosi 001	RESERVA		COMPROMISO		FECHA DE CELEBRACIÓN
	NÚMERO	FECHA	NÚMERO	FECHA	
	VALOR ADICIONADO			
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$			60,000,000

PERIODO A CANCELAR	27/10/2021	a	10/11/2021
VALOR A CANCELAR	$ 30,000,000		

RELACIÓN DE ACTAS	ACTA DE PAGO #	FECHA DE ACTA	VALOR FACTURADO
	Acta 01	10/11/2021	$ 30,000,000
	TOTAL ACTAS		$ 30,000,000

SALDO EN CAJA	$	30,000,000

CONSIDERANDO:

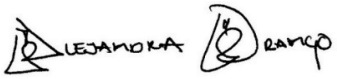
1 Que el contratista presenta factura para el cobro de sus honorarios de acuerdo a lo indicado por el contrato CPSA-096-2021 en lo referente a la forma de pago.

2 Que el supervisor del contrato CPSA-096-2021 da fe que las actividades efectuadas como parte de las obligaciones contempladas en el contrato ya citado fueron recibidas a entera satisfacción.

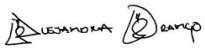
3 Que para el pago de los respectivos dineros y al momento de la presentación de la factura el contratista hizo entrega de lo siguientes documentos:

a) Cuenta de cobro Nro. 01 y con fecha de expedición del 10/11/2021
b) Pago de seguridad social correspondiente al mes de noviembre 2021
c) Informe de actividades
d) RUT

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta el día 10/11/2021.



ALEJANDRA MARIA ARANGO ALVAREZ
Secretaria De Salud Y Bienestar Social
Supervisor

Firma:	**Firma:** 	**Firma:** 
Proyectó: Diva Helency Villa Pérez	Revisó: Alejandra María Arango Alvarez	Aprobó: Alejandra María Arango Alvarez
Cargo: Auxiliar Administrativa	Cargo: Secretaria de Salud y Bienestar S.	Cargo: Secretaria de Salud y Bienestar S.

Quienes firman manifiestan haber constatado la legalidad del documento y la fidelidad de la información que en el se plasma y, consecuente con ello, dan traslado para firma del documento por parte de las partes involucradas.

	MUNICIPIO DE YARUMAL Secretarìa General y de Gobierno Oficina de Contratación	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN	Código:	
			Versión:	Prueba
			Fecha:	24/11/2020

INFORME DE SUPERVISIÓN

Con el objeto de describir el seguimiento realizado a la ejecución del presente contrato, se elabora este informe de supervisión con fundamento en la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, decreto 1082 de 2015 y demás normas que regulan la materia.

Mediante la suscripción del presente informe el supervisor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en el contenido.

INFORME N°	01	FECHA ELABORACIÓN	10/11/2021

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CÓDIGO CONTRATO	FECHA CELEBRACIÒN (DD/MM/AA)	RESERVA		COMPROMISO	
		NÚMERO	FECHA	NÚMERO	FECHA
CPSA-096-2021	27/10/2021	1438	12/10/2021	1460	27/10/2021

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE ADULTOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED, A TRAVÉS DE LA TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS DE LA ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR.

CONTRATISTA	NIT
CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED	890.980.719-1
REPRESENTANTE LEGAL	**NIT**
PBRO. DIEGO FERNANDO RESTREPO URIBE	98.607.589
SUPERVISOR	**CARGO**
ALEJANDRA MARIA ARANGO ALVAREZ	SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

PLAZO DE EJECUCIÓN

	MESES	DÍAS				
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÒN	1	20	Fecha	27/10/2021	a	15/12/2021
Acta de suspension	N/A		Fecha Celebración	N/A		
Acta de reinicio	N/A		Fecha Celebración	N/A		
NUEVA FECHA DE TERMINACIÒN	MESES	DÍAS	Periodo	N/A	a	N/A
	N/A	N/A				
Prórroga 1	MESES	DÍAS	Fecha		a	
PLAZO FINAL DE EJECUCIÒN	MESES	DÍAS	Fecha	27/10/2021	a	15/12/2021
	1	20				

VALOR DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				60,000,000
Otrosi 001	RESERVA		COMPROMISO		FECHA DE CELEBRACIÓN
	NÚMERO	FECHA	NÚMERO	FECHA	
	VALOR ADICIONADO				
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$				60,000,000

DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN

PERIODO DEL INFORME	Del 27/10/2021 al 10/11/2021

	MUNICIPIO DE YARUMAL Secretarìa General y de Gobierno Oficina de Contratación	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN	Código:	
			Versión:	Prueba
			Fecha:	24/11/2020

ANTECEDENTES	La Ley 1276 reglamentó la estampilla pro adulto mayor con la única finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en el territorio nacional. La citada Ley fue reglada por el concejo municipal de Yarumal, disponiendo que los contratos que celebre la entidad deben estar gravados con un 4% para estampilla pro adulto mayor de conformidad con el artículo 3° de la ley 1276, el 30% del valor recaudado por estampilla pro adulto mayor debe ser destinado al financiamiento de los centros de bienestar del anciano para la atención de adultos mayores institucionalizados en ellos. En el municipio de Yarumal existe el CPSAM, que atiende los adultos mayores institucionalizados, siendo esta la única institución que presta ese servicio en la jurisdicción municipal, a la que se requiere trasladar los recursos de la estampilla para la atención de los adultos mayores del municipio de Yarumal que allí se encuentran institucionalizados.
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y EJECUTADAS	1. Servicio de alimentación diario para los adultos mayores institucionalizados, alimentación completa desde las 6:00 de la mañana que inician con los tragos, desayuno, mediamañana, almuerzo, algo, comida y merienda bajo indicaciones de la minuta. 2. Servicio de hospedaje permanente a los adultos mayores institucionalizados. 3. Servicio de enfermería a los adultos mayores institucionalizados a través de 5 auxiliares de enfermería en turnos de 6:00 am a 2:00pm, 8:00 am a 4:00pm, 2:00 pm a 10:00 pm y 10:00 pm a 6:00 am. 4. Apoyo gerontológico a losa adultos mayores institucionalizados. 5. Atención integral permanente acorde a la recepción de recursos. 6. Servicio de salud y terapia ocupacional a los adultos mayores institucionalizados, mínimo dos veces por semana; además talleres de teraía ocupacional. 7. Tardes lúdicas y recreativas. 8. Ruta de terapias realizadas por las auxiliares de enfermería y el inderyal. 9. Higiene, salubridad, corte y barbería, se realizan todas las veces que requieran el servicio; con apoyo de personas e instituciones del municipio. 10. El Servicio de medicamentos y ayúdas técnicas no POS los presta el centro de Bienestar a los adultos mayores institucionalizados, con recursos propios y donaciones.
MOTIVO DE LAS MODIFICACIONES REALIZADAS AL CONTRATO	A la fecha no se han realizado modificaciones al contrato.
DIFICULTADES TÉCNICAS	A la fecha no se han presentado dificultades técnicas identificadas por el supervisor del contrato o indicadas por el contratista.
PERSONAL EMPLEADO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	Para la ejecución del contrato, el contratista manifiesta no tener personas a cargo o que le ayuden en la ejecución del mismo.

CUENTAS DE COBRO O FACTURAS ALLEGADAS POR EL CONTRATISTA

ACTA DE PAGO #	FECHA ACTA	N° Y FECHA DE FACTURA O CUENTA DE COBRO	PORCENTAJE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO
01	10/11/2021	Cuenta de Cobro 01 del 10/11/2021	50%	$ 30,000,000
TOTAL PORCENTAJE EJECUTADO			50%	
TOTAL FACTURADO POR EL CONTRATISTA			**$**	**30,000,000**
SALDO EN CAJA			**$**	**30,000,000**

MUNICIPIO DE YARUMAL Secretarìa General y de Gobierno Oficina de Contratación	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN	Código:	
		Versión:	Prueba
		Fecha:	24/11/2020

ESTADO DE PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	**VALOR HONORARIOS CONTRATISTA**	**IBC**	**VALOR MÍNIMO PLANILLA**
	N/A	N/A	N/A
	RAZÓN SOCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO AMPARO LA MERCED	
	CLASE DE APORTANTE	EMPLEADOR	
	ÚLTIMO PERIODO COTIZADO	nov-21	
	VALOR PAGADO	$	4,408,800
SEGUIMIENTO A LOS RIEGOS	A la fecha no se han materializado riesgos que hayan sido identificados por el supervisor del contrato o que hayan sido indicados por el contratista.		

CONCLUSIONES

1 De conformidad con los objetivos y las obligaciones establecidas para el contratista, se estima que el cumplimiento de las mismas se efectuó de acuerdo a las especificaciones estipuladas y dentro del tiempo de avance esperado en el contrato CPSA-096-2021.

2 Se recibieron los respectivos informes y/o entregables y/o documentos y/o actividades requeridos en el contrato CPSA-096-2021 dentro del tiempo estipulado para ello.

3 De acuerdo con el plazo de ejecución del contrato, a la fecha se cuenta con una ejecución en tiempo del 50%.

4 De acuerdo con los dineros facturados por el contratista, a la fecha se cuenta con una ejecución presupuestal del 50%.

5 El contratista cumplió con los pagos de seguridad social y parafiscales dentro del tiempo y los montos requeridos por la ley.

6 Que en lo que va corrido de la ejecución del contrato no se han causado procesos sancionatorios, reclamaciones, derecho de contradicciòn, imposiciòn de multas, ni se ha hecho efectiva la cláusula penal.

RECOMENDACIONES

1 A la fecha no se han identificado recomendaciones para realizar al contratista o al proceso. El contrato CPSA-096-2021 se viene realizando sin contratiempo alguno.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta en Yarumal el día 10/11/2021.

ALEJANDRA MARIA ARANGO ALVAREZ
Secretaria De Salud Y Bienestar Social
Supervisor

Firma:	**Firma:**	**Firma:**
Proyectó: Diva Helency Villa Pérez	Revisó: Alejandra María Arango Alvarez	Aprobó: Alejandra María Arango Alvarez
Cargo: Auxiliar Administrativa	Cargo: Secretaria de Salud y Bienestar S.	Cargo: Secretaria de Salud y Bienestar S.

Quienes firman manifiestan haber constatado la legalidad del documento y la fidelidad de la información que en el se plasma y, consecuente con ello, dan traslado para firma del documento por parte de las partes involucradas.