**ACTA DE RECIBO Y CUMPLIMIENTO PARCIAL 001**

| | |
|---|---|
| **NATURALEZA JURÍDICA** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN** | CONTRATACIÓN DIRECTA |
| **OBJETO** | PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ. |
| **PLAZO Y VIGENCIA** | El plazo de ejecución del contrato será el tiempo comprendido entre la fecha de suscripción y protocolización del acta de inicio y el 29 de marzo de 2024, inclusive. |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN** | MUNICIPIO DE CORRALES |
| **VALOR** | SEIS MILLONES DE PESOS MC. ($6.000.000) |
| **CDP** | 2024000026 DE FECHA 5 DE ENERO DE 2024 |

En el Municipio de Corrales– Boyacá, a los treinta y un (31) días del mes de Enero de 2024, se reúnen, por parte de municipio, la Doctora, JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS, Comisaria de familia, quien actúa en su condición como supervisor del contrato en mención y la señora NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR, como Contratista con el fin de suscribir acta de cumplimiento parcial del contrato CD MDC-029 DE 2024, Correspondiente a las actividades desarrolladas por el contratista durante el mes de Enero de 2024; como se estipula en la cláusula TERCERA Y CUARTA, valor y forma de pago;

**FORMA DE PAGO**

el valor del presente contrato es por la suma de SEIS MILLONES DE PESOS MC. ($6,000,000). El Municipio pagará al contratista el valor del presente contrato de la siguiente forma: mediante el pago de actas parciales mensuales, para lo cual el contratista deberá realizar la presentación de cuenta de cobro, informe de actividades correspondiente a cada periodo y el respectivo soporte de pago al sistema de Seguridad Social integral y Riesgos Laborales, y deberá suscribir con el supervisor del contrato acta de recibo parcial donde conste el cumplimiento de las actividades contratadas, el recibo a satisfacción por parte del mencionado Supervisor del Contrato, para el pago final adicionalmente se deberá suscribir acta de liquidación y terminación. PARAGRAFO: los pagos estarán sujetos a la disponibilidad de PAC elaborado por la Secretaría de Hacienda y Tesorería Municipal para la vigencia 2024.

| **INFORME FINANCIERO** | | |
|---|---|---|
| **Valor Total Contratado** | **$** | **6.000.000** |
| **Total, Pagos** | | |
| **Pago presente acta** | **$** | **1.266.668** |
| **Saldo Por Pagar** | **$** | **4.733.332** |

**Alcaldía Municipal de Corrales**
**Nit. 891855748-2**
*Comisaria de Familia*
*Macroproceso: Gestión Contractual Proceso: Contratación Directa*
***ACTA PARCIAL***

| Nº PAGO | PERIODO | Valor Pagos |
|---|---|---|
| Pago No. 1 | ene-24 | $ 1.266.668 |
| Pago No. 2 | | |
| Pago No. 3 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| TOTAL, PAGOS | | $1.266.668 |

| | | |
|---|---|---|
| **Valor de la presente acta:** | UN MILLON DOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS | $ 1.266.668,00 |

**CUMPLIMIENTO APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**

| | ENTIDAD | | % DE PAGO |
|---|---|---|---|
| **RIESGO PROFESIONALES** | POSITIVA DE SEGUROS | | 0,52% |
| | Clase de Riesgo | 3 | |
| **EMPRESA PRESTADORA DE LOS SERVICIOS - SALUD** | COMPENSAR EPS | | 12,50% |
| **FONDO DE PENSIONES** | COLPENSIONES | | 16% |
| **Valor Total Contratado** | $ 6.000.000,00 | | |
| **Plazo (meses)** | 3 | | |
| **IBC** | $ 800.000,00 | | |
| **NUMERO DE PLANILLA** | 1060299479 | **Fecha de pago** | 10/01/2024 |
| **Total Pagado** | $ 402.200 | | |

Las partes dejan constancia de lo siguiente:

1. Se mantuvo el objeto del contrato.
2. Se cumplieron las condiciones técnicas que rigen para la ejecución del contrato.
3. Se ha guardado para ambas partes el equilibrio económico.

Una vez leída y aprobada en su totalidad, es firmada por quienes en ella intervinieron, remitiendo el original al archivo de gestión del contrato y de la Secretaría de Hacienda.

**POR EL MUNICIPIO**

**Jenifer Alexandra Fierro Vargas**
Comisaria

**EL CONTRATISTA**

**Nora Esmeralda Acero Corredor**
Contratista o R/L CC. 23'449.366

| DATOS DEL INFORME | | | |
|---|---|---|---|
| N° Informe: **01** | Fecha de Iniciación: **12/01/2024** | Fecha de Corte: **31/01/2024** | |
| Supervisor: **JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS** | | | |
| Cargo: **COMISARIA** | | | |
| **DATOS DEL CONTRATO** | | | |
| Contratista: **NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR** | | | |
| Contrato No. **CD MDC-029 DE 2024** | | | |
| Objeto: **PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ.** | | | |
| Plazo: | Valor contrato: | Fecha de Iniciación | Fecha de Terminación: |
| **TRES (3) Meses.** | **$6.000.000** | **12-01-2024** | **29-03-2024** |
| Porcentaje de ejecución financiera: **21,11%** | | Porcentaje de ejecución en tiempo: **21,11%** | |
| Modificaciones al contrato: **NINGUNA** | | | |
| En caso de tener anticipo, diligencie la siguiente información: **N/A** | | | |
| Anticipo $ | Ejecución de Anticipo $ | Saldo por amortizar $ | |

| LISTA DE DISTRIBUCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | **DESTINATARIO** | **DOCUMENTO** | | |
| Comisaria | JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS | Original con anexos | | |
| Secretaria de Hacienda y Tesorería | NURI ANDREA ALVAREZ NIÑO | Copia | | |

| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO | | |
|---|---|---|
| **Obligaciones Contractuales** | **Actividades realizadas** | **Soportes** |
| Toma de constantes (T.A. Frecuencia, saturacion de oxigeno) y anotación en gráfica. | Se tomó constantes vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó gráficamente en la panilla correspondiente. | Anexos |
| Atención general a los integrantes del centro de Bienestar del Adulto Mayor Corraleño. | Se atiende a las necesidades que demande los acultos mayores en el transcurso de cada turno.<br>Se llevan a los adultos mayores a los servicios de salud como odontología y medicina general, medicina interna y a laboratorios y examenes de 2 y 3 nivel. | Anexos |
| Prestar auxilio en caso de Urgencias | Se realizan llamadas de urgencias:<br>-El día 4 de Enero se ingresa a clinica de especialistas.<br>-El día 18 de Enero se llama nuevamente y se ingresa otra vez a clínica de especialistas. | Anexos |
| Realizar cambios postulares a los adultos que integran el centro de Bienestar del Adulto Mayor. | Se realizaron cambios posturales a los adultos que se requiera en cada turno. | Anexos |
| Ayudar a los adultos mayores a vestirse y acostarse | Se asiste a cada adulto según sea su necesidad para cambiarse de ropa después del baño y antes de acostarse. | Anexos |
| Prestar asistencia a los adultos mayores a ir al baño | Se acompaña y asiste a los adultos mayores que lo necesiten en el momento de ir al baño | Anexos |
| Asistir a los adultos mayores en cuanto a la toma de la medicación y en las horas correspondientes prescritas por el médico | Se les está administrando medicación según la orden médica que corresponda para cada uno. | Anexos |
| Aplicar cremas, apósitos o realizar curas de ser necesario | Se aplica o administra cremas siguiendo orden médica. | Anexos |

| | | |
|---|---|---|
| Facilitar la tarea de su desplazamiento y a acostarse de los adultos mayores. | Se pasa a los adultos que lo necesiten con ayuda de otra persona de un lugar a otro. | Anexos |
| Asistencia en cualquier otra actividad diaria que no puedan realizar por ellos mismos. | *Se asiste a los adultos en el cambio de pañal.<br>*Arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente.<br>*Asistencia a control médico.<br>*Se realizan masajes de hidratación. | Anexos |
| Detectar cambios en la salud física o mental. | Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales. | Anexos |
| Prestar ayuda a los adultos mayores en la integración con otros compañeros. | Se realiza actividades de integración al adulto mayor como juegos de parques, aros, ejercicios y pintura. | Anexos |
| Atender de manera oportuna los requerimientos que haga el supervisor del contrato | Hasta el momento no ha habido requerimientos por parte del supervisor del contrato. | Anexos |
| Las demás que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual. | He cumplido con las obligaciones pactadas en mi contrato. | Anexos |

**ANEXOS:**
1. Copia pago planilla seguridad social
2. Cuenta de cobro y/o Factura
3. Soportes de las actividades

Firma:

**NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR**
Contratista

**JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS**
Supervisor

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

**Imagen N°1. Toma de registro de signos vitales**



**Fuente:**

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| Imagen N°2. Acompañamiento cita medicina general. |
| --- |
|  |
| **Fuente:** |

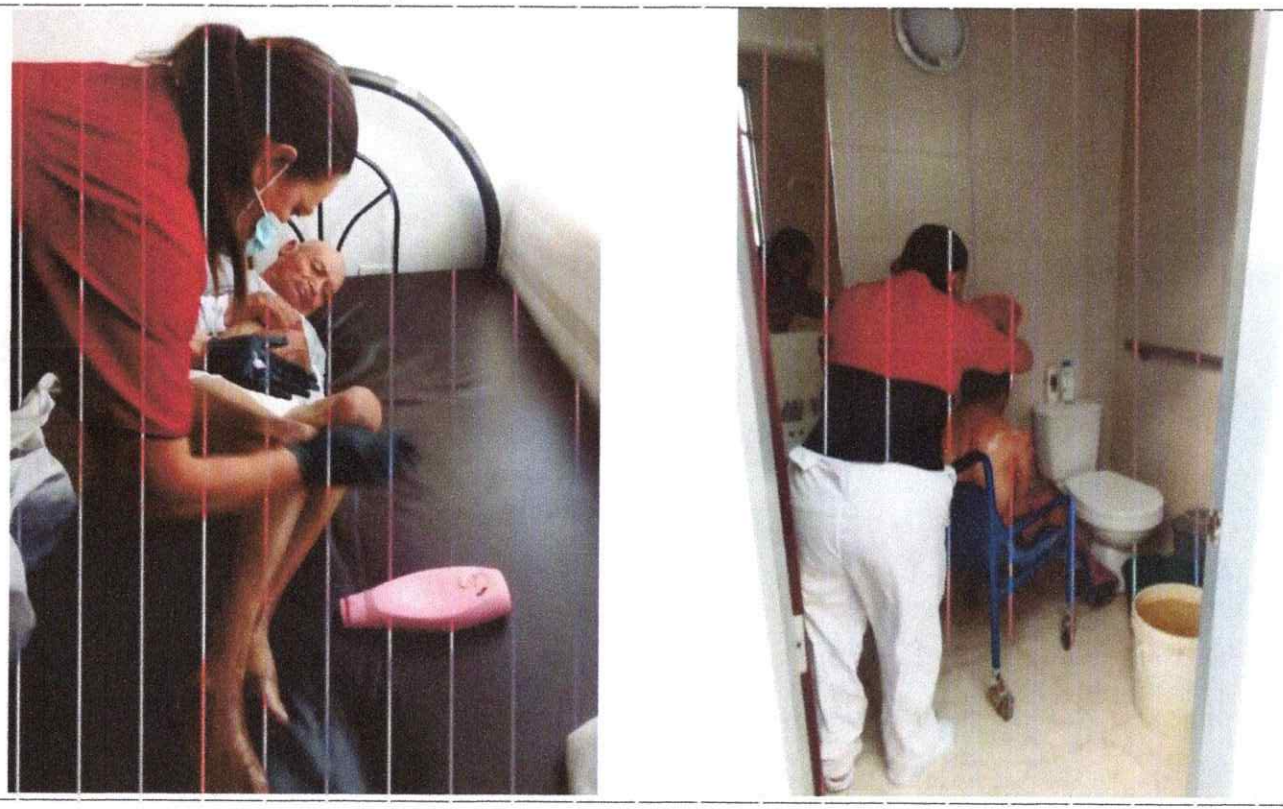
**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| Imagen N°3. Cambio de posición |
| --- |
|  |
| **Fuente:** |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| **Imagen N°4. Apoyo en el momento de acostarse.** |
| --- |
|  |
| **Fuente:** |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| Imagen N°5. Cambio de pañal y apoyo en baño diario |
| --- |
|  |
| **Fuente:** |

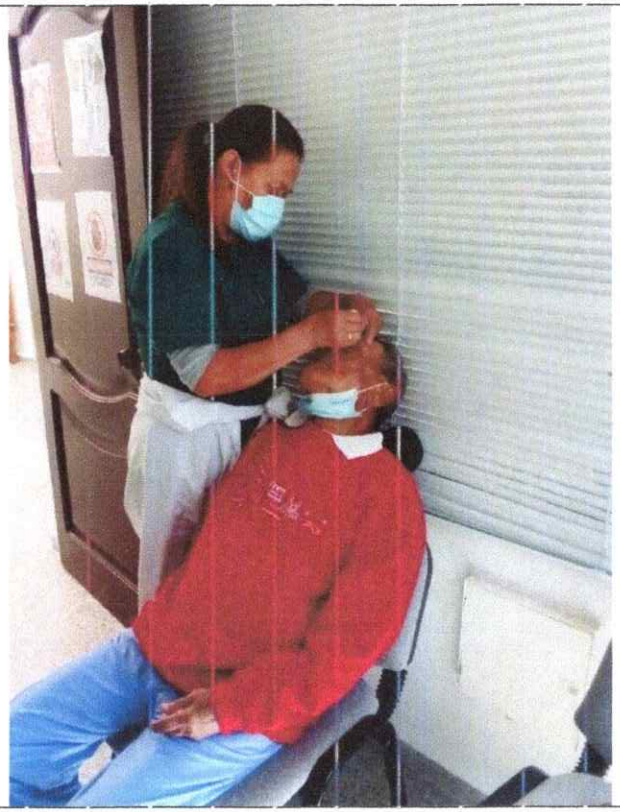
**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| Imagen N°6. Apoyo actividades corte de uñas y peinado |
| --- |
|  |
| **Fuente:** |

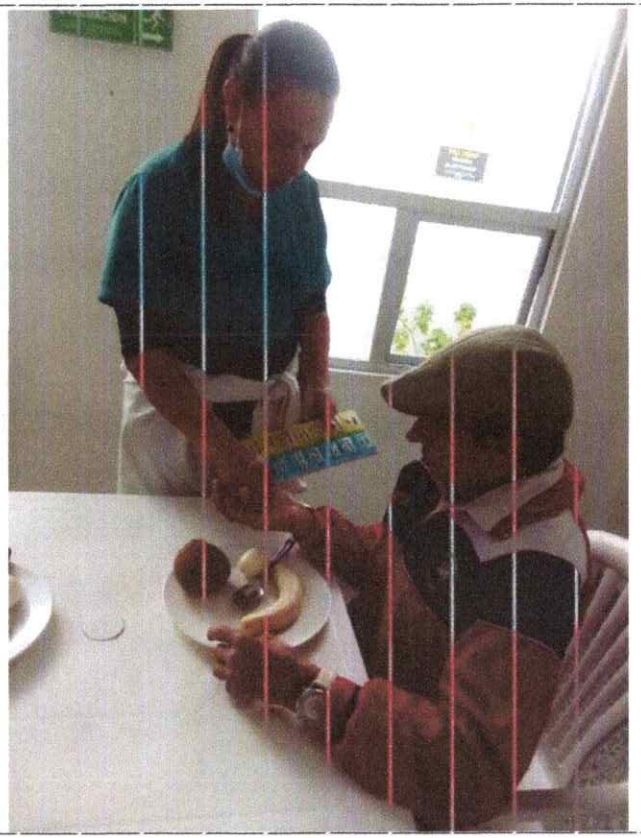
**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| Imagen N°7. Se aplican cremas para hidratar piel según orden medica |
|---|
|  |
| **Fuente:** |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| **Imagen N°8. Cambios de salud física y mental** |
| --- |
|   |
| **Fuente:** |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| **Imagen N°9. Toma de medicación en horas correspondientes según descripción médica.** |
| --- |
|   |
| **Fuente:** |

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

| Imagen N°10. Prestar ayuda a adultos mayores en integración y otras actividades que lo requieran. |
|---|
|   |
| **Fuente:** |

**REGISTRO FOTOGRÁFICO**

| Imagen N°11. Prestar auxilio en caso de urgencia el día 4 y 18 de enero. |
| --- |
|  |
| **Fuente:** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EL SUPERVISOR DE LA | | CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS | | | | | | | |
| No | **CD-MDC-029 DE 2024** | DIA | **12** | MES | **01** | AÑO | **2024** | | |

**CERTIFICA**

Que, **NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR** identificado(a) con C.C. No. 23.449.366 NIT. No. De: **CORRALES**

Representado legalmente por: identificado con C.C. No. De: CORRALES

Cumplió a satisfacción para el pago del periodo comprendido entre el, **12-01-2024** y el, **31-01-2024**

Del contrato u Orden así:

**PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES –BOYACÁ.**

**CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

| N° | Obligación específica | Cumplimiento | | Actividades | Evidencia Soportes | Avance % | Observación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Toma de constantes (T.A. Frecuencia, saturación de oxígeno) y anotación en gráfica. | X | | Se realiza tomas constantes de signos vitales (T.A, frecuencia, saturación de oxígeno) al llegar al turno y se anotó graficamente en la planilla correspondiente. | Anexo | **21,11%** | |
| **2** | Atención general a los integrantes del Centro de Bienestar del Adulto Mayor Corraleño. | X | | Se llevo a cabo proceso de atención a las necesidades que demande los adultos mayores en el transcurso de cada turno, se llevan a los adultos mayores a los servicios de salud como odontología y medicina general, medicina interna y a laboratorios y exámenes de 2 y 3 nivel. | Anexo | **21,11%** | |
| **3** | Prestar auxilio en caso de Urgencias. | X | | Se realiza llama vía telefónica al centro de salud de corrales, para su revisión y respectivos procedimientos y urgencias. | Anexo | **21,11%** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **4** | Realizar Cambios posturales a los adultos que integran el Centro de Bienestar del Adulto Mayor. | X | | Se realizaron cambios posturales a los adultos que se requiera en cada turno. | Anexo | **21,11%** | |
| **5** | Ayudar a los adultos mayores a vestirse y acostarse. | X | | Se brinda asistencia a cada adulto según sea su necesidad para cambiarse de ropa después del baño y antes de acostarse. | Anexo | **21,11%** | |
| **6** | Prestar asistencia a los adultos mayores a ir al baño. | X | | Se acompaña y asiste a los adultos mayores que lo necesiten en el momento de ir al baño. | Anexo | **21,11%** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **7** | Asistir a los adultos mayores en cuanto a la toma de la medicación y en las horas correspondientes prescritas por el médico. | X | | Se les está administrando medicación según la orden medica que corresponda para cada uno. | Anexo | **21,11%** | |
| **8** | Aplicar cremas, apósitos o realizar curas de ser necesario. | X | | Se aplican o administran según indicación médica. | Anexo | **21,11%** | |
| **9** | Facilitar la tarea de desplazamiento y a acostarse de los adultos mayores. | X | | Se pasa a los adultos que lo necesiten con ayuda de otra persona de un lugar a otro | Anexo | **21,11%** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **10** | Asistencia en cualquier otra actividad diaria que no puedan realizar por ellos mismos. | X | | Se asiste a los adultos en el cambio de pañal, arreglo de uñas, rasurar y baño diario según turno correspondiente, asistencia a control médico y se realizan masajes de hidratación | Anexo | **21.11%** | |
| **11** | Detectar cambios en la salud física o mental. | X | | Se hace seguimiento con la constante toma de signos vitales | Anexo | **21,11%** | |
| **12** | Prestar ayuda a los adultos mayores en la integración con otros compañeros. | X | | Se realiza actividades de integración al adulto mayor como juegos de parques, aros, ejercicios y pintura. | Anexo | **21,11%** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **13** | Atender de manera oportuna los requerimientos que haga el supervisor del contrato. | X | | Hasta el momento no se emite requerimiento por supervisión. | Anexo | **21,11%** | |
| **14** | Las demás que le sean asignadas en cumplimiento del objeto contractual. | X | | El contratista ha cumplido con las actividades contractuales | Anexo | **21,11%** | |

CDP No. 2024000026

| RUBRO N° | REGISTRO PRESUPUESTAL | VALOR |
|---|---|---|
| 2.3.41.4104008.09.2.3.2.02.02.009.017.1.2.3.1.19.01 | 2024000029 | 6.000.000,00 |

| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **Valor Inicial del contrato:** | $6.000.000,00 |
| **Adición No.** | $0.00 |
| **Valor Total del contrato:** | $6.000.000,00 |
| **Valor pagado:** | $0.00 |
| **Valor a pagar en el periodo:** | $1.266.668 |
| **Saldo:** | $ 4.733.332,00 |

| VERIFICACIÓN APORTES SSS | |
|---|---|
| **Valor Total Contratado** | $6.000.000,00 |
| **Plazo (meses)** | 3 |
| **IBC** | $162.500,00 |
| **Valor a pagar** | $ 402.200,00 |
| **Número de planilla** | 1060299479 |
| **Total, Pagado** | $ 402.200,00 |
| **Verificación pago SSS** | **CUMPLE** |

Se expide la certificación en Corrales, el primer (01) día del mes de febrero del año 2024

REVISADO PAC
RESPONSABLE

NOMBRES Y APELLIDOS SUPERVISOR
**JENIFER ALEXANDRA FIERRO VARGAS**
Comisaria de Familia

# NORA ACERO

AUXILIAR DE ENFERMERIA CASA ADULTO MAYOR

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA PERSONA NATURAL**

No. 001


Nora Esmeralda Acero Corredor

**NIT: 23449366 No responsable de impuesto de IVA**

D.R.522 DE 2003 Compilado Decreto Unico Reglamentario 1325 de 2016

**DIRECCIÓN: CALLE 3 #19 BIS 31**

Correo electrónico: noraacero20@gmail.com


| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señor :** | MUNICIPIO DE CORRALES | **Fecha:** | 31/01/2024 |
| **Nit:** | 891855748-2 | | |
| **Dirección** | CALLE 8 N° 3 - 40 | **Telefono:** | 3138174434 |

| CANT | NOMBRE DEL PRODUCTO | V/UNITARIO | V/TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1 | PRESTACIÓN SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA LA ADAPTACIÓN AL ENVEJECIMIENTO DIRIGIDAS AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE CORRALES – BOYACÁ. SEGÚN CONTRATO N° CD MDC 029 DE 2024. | $ 1,266,668 | $ 1,266,668 |

**SON:** SON UN MILLON DOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE ($ 1.266.668)

**Favor girar a la cuenta de ahorros N°13143008450 de ahorro a la mano Bancolombia a nombre de NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **SUBTOTAL $** | 1,266,668 |
| | | **IVA $** | - |
| 23 449366 ACEPTADA Nit C. C. | FIRMA AUTORIZADA | **TOTAL $** | 1,266,668 |

Esta factura cambiaria se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio según articulo 774 del C.CO

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-01-11, 02:53:38 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060299479

**Periodo Cotización:** enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810219424

**PAGADO 10/01/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR | | |
| **Documento** | CC23449366 | **Dirección** | CR 12 #4 - 41 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7737969 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | SOGAMOSO | **Departamento** | BOYACA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 23449366 | NORA ESMERALDA ACERO CORREDOR | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 | $ 0 | $ 402.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.