ACTA DE SUPERVISIÓN PARA AUTORIZAR PAGOS
No. 07
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CAO 003 DE FECHA 14 DE FEBRERO DE 2024

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	CAO 003 DE FECHA 14 DE FEBRERO DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAGDALENA DE JESÚS MATEUS CASTRO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	39.688.001 DE BOGOTÁ
OBJETO	DE SERVICIOS PARA LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, PRESTACIÓN NIÑAS Y ADOLESCENTES EN PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS EN HOGAR DE PASO EN SUBMODALIDAD FAMILIA PARA EL MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRÁ, BOYACA.
PERIODO CORRESPONDIENTE	15 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO MILLONES DE PESOS($25.000.000)M/CTE.
VALOR ADICIÓN 1	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYE VALOR INICIAL , CON ADICIONES Y/O MODIFICACIONES)	NO APLICA
FECHA DE INICIO:	15 DE FEBRERO DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL VALOR DEL CONTRATO
PLAZO INICIAL DE EJECUCION DEL CONTRATO	DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE Y/O HASTA AGOTAR EL VALOR DEL CONTRATO.

<table>
<tr><td>PLAZO PRÓRROGA 1</td><td>NO APLICA</td></tr>
<tr><td>PLAZO TOTAL EJECUCION DEL CONTRATO (Incluye prórrogas)</td><td>NO APLICA</td></tr>
<tr><td>FECHA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)</td><td>NO APLICA</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>El Municipio de CHIQUINQUIRÁ, cancelara el valor del presente contrato de la siguiente forma: El desembolso de los recursos para sostenimiento se hará mes vencido, usando como criterios de valores, por cupo efectivamente utilizado o por evento ocurrido para los costos variados. Se cancelará como cupo utilizado parcialmente, en este caso el valor a pagar será el valor del cupo dividido entre 4 por día; aclarando que un (1) niño con discapacidad equivale a dos (2) de vulnerabilidad se realizará el pago por día y multiplicado por él número de días realmente utilizados.
<table>
<tr><th colspan="4">COSTOS Y PAGOS DE LA MADRE CUIDADORA (BECA HOGAR DE PASO (2024)</th></tr>
<tr><th>MODALIDAD</th><th>CUPOS</th><th>CUPO COMPLETO POR DIA</th><th>CUPO MENSUAL</th></tr>
<tr><td rowspan="4">VULNERACIÓN CUPO TOTAL $433.333.33</td><td>1</td><td>$ 14,444.44</td><td>$ 433,333.33</td></tr>
<tr><td>2</td><td>$ 28,888.88</td><td>$866.666.66</td></tr>
<tr><td>3</td><td>$ 43,333.33</td><td>$1,299,999.99</td></tr>
<tr><td>4</td><td>$ 57,777.78</td><td>$1,733,333.32</td></tr>
<tr><td rowspan="2">DISCAPACIDAD CUPO TOTAL $650.000.00</td><td>1</td><td>$ 21,666.67</td><td>$ 650,000.00</td></tr>
<tr><td>2</td><td>$ 43,333.33</td><td>$1,300,000.00</td></tr>
</table>
Los costos para pago de dotación y emergencia son independientes del tiempo, pero son variables en cuanto dependen del número de menores de edad atendidos. La cuota de sostenimiento será fija y se pagará por día de cupo usado. Estos costos se cubrirán en proporción al número de niños, niñas y adolescentes atendidos en el mes.
<table>
<tr><th colspan="4">GASTOS POR CUPO</th></tr>
<tr><th>MODALIDAD</th><th>CUOTA DE SOSTENIMIENTO FIJA POR DIA DE CUPO</th><th>DOTACIÓN (VARIABLE)</th><th>GATOS Y EMERGENCIAS (VARIABLE)</th></tr>
<tr><td>VULNERABILIDAD</td><td>$ 27,166.67</td><td>$ 188,000</td><td>$ 105,446.00</td></tr>
<tr><td>DISCAPACIDAD</td><td>$ 32,166.67</td><td>$ 225,000</td><td>$ 150,085.00</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

	Por otra parte, y teniendo en cuenta la importancia de que todas las madres sustitutas cuenten con los recursos para el pago del aporte al SGSSS, conforme lo establece la Resolución 2388 de 2016, debe tenerse presenta que, si no tienen ubicación de beneficiarios durante el mes, el valor a entregar corresponde a: reconocimiento Resolución N° 3444 del 2016:
SUPERVISOR:	

Reconocimiento de la beca en hogares sin ubicación de beneficiarios durante el mes		
Modalidad	**Beca**	**Se reconoce**
Hogar sustituto	**SI**	**5 días del SMLMV $216.666.67**
Hogar sustituto Tutor		

RESUMEN DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL:

1. **EJECUCIÓN TÉCNICA:** Detalle el cumplimiento de las obligaciones técnicas definidas en el contrato para el período reportado, anexando evidencias y/0 entregables respectivos.

2. **EJECUCIÓN CONTABLE Y FINANCIERA:**

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor inicial del contrato o convenio	$ 25.000.000	
Valor Adicional (Si aplica)	-0-	
Valor a pagar de la presente acta		$ 2.468.566,67
Valor ejecutado		$18.840.995,33
Saldo por ejecutar		$ 3.690.438,00
SUMAS IGUALES	$25.000.000	$25.000.000.00

3. **EJECUCIÓN ADMINISTRATIVA:**

- **GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA** (Si aplica)

No. POLIZA Y FECHA	AMPAROS	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**
NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**
NO APLICA	**NO APLICA**	**NO APLICA**	**NO APLICA**

- **ENTRADAS Y SALIDAS DE ALMACEN:** (Si aplica)

	CONSECUTIVO	VALOR	FECHA
ENTRADAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
SALIDAS	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

- **APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

ITEM	PERÍODO PAGO (mm/aaaa)	FECHA DE PAGO (dd/mm/aaaa)	VALOR APORTADO	ENTIDAD RECAUDADORA
SALUD	08/2024	01/08/2024	$ 162.500	NUEVA E.P.S.
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	08/2024	01/08/2024	$ 6.800	POSITIVA
SALUD	09/2024	02/09/2024	$ 162.500	NUEVA E.P.S.
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	09/2024	02/09/2024	$ 6.800	POSITIVA

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista, en virtud de lo cual se establece la procedencia de la autorización del pago No.**07**, el cual corresponde a $**2.468.566,67 m/cte**. A la fecha el porcentaje de ejecución es **85.24 %**. Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

JENNY CONSTANZA MARTINEZ RIAÑO

DIRECTORA DE PROGRAMAS SOCIALES Y GRUPOS POBLACIONALES

Retención documental							
Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:			
Nombre	Firma	Nombre	Firma	Nombre		Firma	
JENNY CONSTANZA MARTINEZ RIAÑO		JENNY CONSTANZA MARTINEZ RIAÑO					
Nombre del documento	ACTA DE SUPERVISIÓN PARA AUTORIZAR PAGOS					Versión	
Dependencia	DIRECCIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES Y GRUPOS POBLACIONALES	TRD		Consecutivo			
Proceso:			Procedimiento:				
Dimensión:			Política:				