ACTA DE SUPERVISIÓN PARA AUTORIZAR PAGOS
No. 09
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CAO 003 DE FECHA 14 DE FEBRERO DE 2024

FECHA: 02 DE DICIEMBRE 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	**PRESTACIÓN 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	**PERIÓDO COMPRENDIDO ENTRE EL QUINCE (15) DE OCTUBRE DE 2024 Y EL CATORCE (14) DE NOVIEMBRE DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VEINTICINCO MILLONES DE PESOS($25.000.000)M/CTE.**
VALOR ADICIÓN 1	**OCHO MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL SETESCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS ($ 8.526.751) M/CTE**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYE VALOR INICIAL , CON ADICIONES Y/O MODIFICACIONES)	**TREINTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS** **($33. 526.751)M/CTE.**

FECHA DE INICIO:	**QUINCE (15) DE FEBRERO DE 2024**
PLAZO INICIAL DE EJECUCION DEL CONTRATO	**DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL VALOR DEL CONTRATO.**
PLAZO PRÓRROGA 1	**N/A**
PLAZO TOTAL EJECUCION DEL CONTRATO (Incluye prórrogas)	**DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL VALOR DEL CONTRATO.**
FECHA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024 Y/O HASTA AGOTAR EL VALOR DEL CONTRATO**
FORMA DE PAGO	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.

COSTOS Y PAGOS DE LA MADRE CUIDADORA (BECA HOGAR DE PASO (2024)			
MODALIDAD	**CUPOS**	**CUPO COMPLETO POR DIA**	**CUPO MENSUAL**
VULNERACIÓN CUPO TOTAL $433.333.33	**1**	**$ 14,444.44**	**$ 433,333.33**
	2	**$ 28,888.88**	**$866.666.66**
	3	**$ 43,333.33**	**$1,299,999.99**
	4	**$ 57,777.78**	**$1,733,333.32**
DISCAPACIDAD CUPO TOTAL $650.000.00	**1**	**$ 21,666.67**	**$ 650,000.00**
	2	**$ 43,333.33**	**$1,300,000.00**

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.

	GASTOS POR CUPO **MODALIDAD** / **CUOTA DE SOSTENIMIENTO FIJA POR DIA DE CUPO** / **DOTACIÓN (VARIABLE)** / **GATOS Y EMERGENCIAS (VARIABLE)** **VULNERABILIDAD** / **$ 27,166.67** / **$ 188,000** / **$ 105,446.00** **DISCAPACIDAD** / **$ 32,166.67** / **$ 225,000** / **$ 150,085.00** 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: **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**
SUPERVISOR:	

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.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se lleva en forma clara, metódica y ordenada el libro de registro de ingreso y egreso de niños ,niñas y adolescentes del HOGAR DE PASO	ANEXO 1
Se registra el menor con la respectiva ficha de INGRESO y EGRESO, según la autorización emitida por la autoridad Administrativa correspondiente.	ANEXO 2 FICHAS DE INGRESO Y EGRESO
Se tiene especial cuidado de situación de amenaza o vulneración de derechos por parte de las personas con las que conviven los menores y se relacionan.	ANEXO 3 REGISTRO FOTOGRÁFICO
Se utilizan los recursos en dinero asignados por el ente territorial exclusivamente para la destinación especificada en cada caso.	ANEXO 4

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se entrega el menor con los elementos de dotación personal y vestuario cuando se le ha suministrado.	ANEXO 5 REGISTRO FOTOGRÁFICO
Se da cumplimiento a los lineamentos establecidos por el I.C.B.F.	ANEXO 6 SE ANEXAN LAS 10 REMISIONES DE INGRESOS Y EGRESOS DEL MENOR, EMITIDAS POR I.C.B.F. Y COMISARIA DE FAMILIA
Se han diligenciado los formatos establecidos de acuerdo a la normatividad establecida.	SIN ANEXO

2. **EJECUCIÓN CONTABLE Y FINANCIERA:**

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor inicial del contrato o convenio	$ 25.000.000,00	
Valor Adicional (Si aplica)	$ 8.526.751,00	
Valor a pagar de la presente acta		$ 2.703.199,93
Valor ejecutado		$23.827.661,94
Saldo por ejecutar		$ 6.995.889,13
SUMAS IGUALES	$33.526.751,00	$33.526.751,00

3. **EJECUCIÓN ADMINISTRATIVA:**

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

No. POLIZA Y FECHA	AMPAROS	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

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

	CONSECUTIVO	VALOR	FECHA
ENTRADAS	N/A	N/A	N/A
SALIDAS	N/A	N/A	N/A

- **APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

PLANILLA 9473700622				
ITEM	PERÍODO PAGO (mm/aaaa)	FECHA DE PAGO (dd/mm/aaaa)	VALOR APORTADO	ENTIDAD RECAUDADORA
SALUD	10/2024	01/10/2024	$ 162.500	NUEVA E.P.S.
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	10/2024	01/10/2024	$ 6.800	POSITIVA

PLANILLA 9475837477				
ITEM	PERÍODO PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR APORTADO	ENTIDAD RECAUDADORA
SALUD	11/2024	01/11/2024	$ 162.500	NUEVA E.P.S.
PENSIÓN	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	11/2024	01/11/2024	$ 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.**09**, el cual corresponde a **$ 2.703.199,93 m/cte**, el porcentaje de ejecución del Contrato Inicial el del **100%,** y el porcentaje de ejecución de la adición corresponde al **17,95%** 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			
ceso:			Procedimiento:				
Dimensión:			Política:				