MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-032
		Versión: 06
		Fecha: 26/01/2023
		Página 1 de 7

CONTRATO	☐	NÚMERO:	**2024.10.11.06.055.465**
CONVENIO	☐	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	Fecha 26/07/2024
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, ATENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES COMO EVENTOS PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:			Secretaría de Salud y Protección Social
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL
		CEDULA / NIT	900081843
VALOR INICIAL [$]:		70.000.000	
PLAZO:		5 MESES y 9 DIAS	
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:		CO1.PCCNTR.6567587	

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO
Periodo de Cobro: Del 01 noviembre al 31 de diciembre de 2024

2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO		
Registro Presupuestal:	**N.º** 2147	**Fecha: Día: Mes: Año: (30/07/2024)**
Requiere Pólizas de Garantías (*)	SI_X_ NO__	**Fecha: Día: Mes: Año:** (29/07/2024)
Fecha de inicio (*): **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio**	Fecha: Día: 01 Mes: 08 Año: 2024	
Duración total del contrato:	5 MESES 9 DIAS	
Fecha de terminación del contrato:	**Fecha: Día: 31** Mes: **12 Año:** 2024	

2.1. PRÓRROGAS	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
2	
Fecha de terminación del contrato de acuerdo con la prórroga:	Fecha: Día_____Mes_____Año_____

2.2. ADICIONES	
Contrato adicional No:	Valor ($):
1	
2	
Valor total del contrato:	Valor suscrito en números ($):

2.3. SUSPENSIONES	
Contrato adicional No:	**Tiempo (días calendario)**
1	
2	

2.4. REANUDACIONES	
Fecha reanudación:	**Plazo pendiente para ejecutar (días calendario):**
1	
2	

El contrato estipuló pago de anticipo: SÍ: _____NO: __X_____

El contrato estipuló pago anticipado: SÍ: _____NO: ____X____

CUENTA	Corriente	X	Corriente		Número Cuenta 00927347211	Banco: Bancolombia

El interventor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo:

Plan de inversión del anticipo/Modificación al plan de inversión		Formato control de seguimiento anticipo		Conciliación bancaria	
Extractos bancarios		Certificación bancaria sobre rendimientos financieros			

3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO	
1. Valor Contrato: 100 000 000	$ 70.000.000
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	$
3. Valor Anticipo o Pago anticipado.	$
4. 2.3.2.02.02.009.3.3.1.45 programa de recuperación y rehabilitación para personas enfermas en ludopatía, alcohol, drogas y sustancias psicoactivas (salud mental)	$20.000.000
5. Valor ejecución del contrato a la fecha del informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista, más el anticipo si lo hubo).	$70.000.000

3.1 RENDIMIENTOS			
El contrato o convenio generó rendimientos: SI_____NO___X___			
Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte)	Valor de rendimientos ($)	Fecha de consignación de rendimientos	Anexa recibo (SI/NO)

4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO
4.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES

El supervisor y/o interventor verificó el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes al sistema integral de seguridad social y aportes parafiscales y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la normativa vigente Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL *según el cual, ésta tiene afiliados a todos los empleados al Sistema general de Seguridad Social y Aportes parafiscales, encontrándose a paz y salvo por estos conceptos a la fecha de presentación de la factura de cobro.*	SI _X__ NO __ No. Planilla: 79460721627Tipo E y 7949127313 SI: __ X — NO: —

4.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE

El interventor/supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a la póliza de anticipo, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad. *Las Garantías se encuentran suscritas a favor del municipio por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte de la carpeta del Contrato.*	SI _X_ NO __

5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO	100 %

Descripción de la ejecución actual del Contrato (De acuerdo con el cronograma de actividades. TRANSCRIBIR

N°	Actividades u obligaciones	**Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades)
Indicador de Calidad en la prestación de servicios de salud a la población		
1	Psicoeducación individual por psicología especializada en adiciones, presencial o virtual.	La Corporación Centro Cita llevó a cabo la participación en la Feria de salud realizada en la Institución Educativa la Paz, donde hubo varios servicios relacionados a la salud y el aseguramiento. La IPS Centro cita llevó tres profesionales para la orientación de las personas, estos fueron: medicina especializada, psicología especializada y trabajadora social especializada. Donde se orientaron a 80 personas y se entregó material educativo
2	Psicoeducación Individual por Médico Especialista y/o psiquiatra en Adicciones Presencial o Virtual	La IPS Centro Cita llevó a cabo un total de 80 sesiones de psicoeducación individual, las cuales fueron realizadas medicina

		especializada, psicología especializada y trabajadora social especializada
3	Psicoeducación individual por trabajador social presencial o virtual para personas y/c familias.	La IPS Centro Cita llevó a cabo la orientación individual para los habitantes de calle, donde se hizo intervención por parte de psicología especializada en adicciones y por parte de médica especialista en adicciones. En esta actividad se buscó establecer el nivel de riesgo que tienen los habitantes de calle y en situación de calle, y con esto visibilizar la necesidad que tienen de un tratamiento integral para prevenir su enfermedad, que en su gran mayoría consiste en una patología dual.
4	Grupos de apoyo	La Corporación Centro Cita llevó a cabo un acompañamiento integral a través de un encuentro con el grupo denominado "Sueños de Calle", con una actividad de sensibilización con psicólogo doctor en ciencias sociales.
5	Pruebas toxicológicas	Actividad Cumplida realizada en el mes de agosto.
6	Material educativo para grupo de apoyo	Se entregan 600 piezas educativas en la feria de la salud.
7	Psicoeducación individual por médico especialista presencial o virtual - habitante de calle	La Corporación Centro Cita llevó a cabo un total de 80 psicoeducaciones en medicina especializada (Medica toxicológica), 80 psicoeducaciones en psicología especializada en adicciones y 80 psicoeducaciones en trabajo social.
8	Orientaciones individuales por trabajador social habitante de calle	La IPS Centro Cita llevó a cabo un total de 80 atenciones realizadas por trabajo social, a pacientes que enfrentan desafíos relacionados con el consumo de sustancias y/o Habitantes de calle.
9	Acompañamiento a habitante de calle por auxiliar de enfermería	Actividad no requerida para el periodo
10	Sensibilización de autocuidado	La IPS Centro Cita participó activamente en la jornada dirigida a personas en situación de calle, ofreciendo apoyo integral a este grupo vulnerable. Durante la jornada, se contó con la presencia de dos especialistas: uno en psicología especializada en adicciones y otro

		en medicina especializada en toxicología, quienes realizaron un trabajo conjunto para identificar los principales riesgos que enfrentan los habitantes de calle, proporcionando una atención personalizada y orientada a la detección temprana de necesidades y riesgos de salud. Además, se llevó a cabo la feria de salud donde se brindaron varios servicios en salud, se llevó a tres profesionales para la orientación de las personas: Medicina especializada, psicología especializada y trabajadora social especializada.
11	Jornadas de sensibilización con la comunidad	La IPS Centro Cita participó de la feria de salud dirigida a la comunidad en donde se orientó en diversos temas de salud, enfatizando en salud mental, prevención de consumo de SPA y mitigación del daño.

OBSERVACIONES: (Diligenciar en el evento de tener alguna observación frente al cumplimiento de las actividades)

5.2. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS CONTRACTUALES

¿En el periodo de ejecución reportado existe la posibilidad de materialización de algún riesgo, atendiendo la matriz de riesgos definida en los estudios y documentos previos?

SI: NO:x___

En el evento que la respuesta sea afirmativa, se requiere anexar el correspondiente soporte documental donde se clarifique la situación presentada conducente a que el riesgo se materialice, esto para su posterior ajuste y tratamiento, el cual deberá ser verificado por el supervisor del contrato en los siguientes informes de supervisión.

5.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Se termina el Contrato: SI x NO

(Solo aplica para los contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión)

En caso de que la respuesta sea SI, se deberá diligenciar la siguiente información:

5.2.1. Durante la ejecución del contrato se generaron los siguientes pagos:

ACTA DE PAGO No	FECHA Y NÚMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR TOTAL
1	16/10/2024 – 2024-04522	30.000.000
2	5779 11/12/2024	20.000.000
3		
4		
5		

5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Se liquida el contrato: SI x NO

5.4.1 Resumen del Balance:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor inicial del contrato	**70.000.000**
Valor de la adición No X (inserte tantas filas como adiciones haya tenido el contrato o convenio)	**0**
Valor Total (del Contrato o Convenio)	**70.000.0000**
Valor pagado a la fecha	**50.000.000**
Valor que falta por cancelar	**20.000.000**
Valor que falta por ejecutar	**0**
Rendimientos financieros (si aplica)	**0**

5.4.2 Aprobación de liquidación
Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda SI _X__ NO____ con su liquidación, así:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**MONTO**
Valor total del contrato	**70.000.000**
Valor pendiente de pago	**20.000.000**
Saldo a liberar	**0**

5.4.3. Se recibe la siguiente información relevante para el Municipio, la cual hace parte de la gestión desarrollada por el Contratista en cumplimiento del Objeto Contractual: (en este ítem se deberán relacionar los documentos, carpetas, sistemas de información, plataformas web, correos electrónicos y demás sistemas utilizados en la gestión contractual, así como procesos y/o procedimientos, documentos, formatos etc., del Sistema Integrado de Gestión Organizacional SIGO en los que interviene el contratista para el desarrollo de actividades contempladas en el contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión)

CUANDO SE TRATE DE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO, SE DEBERÁ INCLUIR EN LA PARTE FINAL DEL DOCUMENTO, ADEMÁS DEL NOMBRE DEL SUPERVISOR Y DEL ORDENADOR, EL NOMBRE CONTRATISTA PARA SU CORRESPONDIENTE FIRMA

6. ANEXOS

1	Informe de ejecución presentado por:
2	Planilla de pago de seguridad social, riesgos profesionales, pensión correspondiente al mes de noviembre – diciembre informe de actividades y factura electrónica de venta FEE 3236.

7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El secretario de Salud y Protección Social WILFER ALBERTO OTALVARO PEREZ en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de supervisión, por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada por el Supervisor del mismo

WILFER ALBERTO OTALVARO PEREZ
Nombre del Ordenador del gasto

Firma del Ordenador del Gasto
Cédula Nro 70.303.591

WILFER ALBERTO OTALVARO PEREZ
Nombre del Supervisor y/o Interventor

Firma Supervisor y/o Interventor
Cédula Nro: 70.303.591

MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**ACTA DE CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN**	Código: F-CT-049
		Versión: 01
		Fecha : 26/01/2023
		Página 1 de 2

CONTRATO	X	NÚMERO:	2024.10.11.06.055.465
CONVENIO	☐	FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	26/07/2024
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO/CONVENIO:			01/08/2024
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, ATENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES COMO EVENTOS PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO			
DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:		MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO	
CONTRATISTA / ASOCIADO		NOMBRE:	CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL
		CEDULA/NIT:	900081843
VALOR (Incluyendo Adiciones) [$]:		Setenta millones de pesos. ($70.000.000)	
PLAZO (Incluyendo Prórrogas):		05 meses 9 días.	
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO:			31/12/2024
FECHA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO/CONVENIO:			
IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:			CO1.PCCNTR.6567587

GARANTÍA	**No.**	4169496
	FECHA EXPEDICIÓN:	01/08/2024
	ASEGURADORA:	*Sura*
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	**No.**	(Incluya el número de la Garantía)
	FECHA EXPEDICIÓN:	dd/mm/aaaa
	ASEGURADORA:	*(incluya el nombre de la compañía aseguradora)*

AMPAROS	**VENCIMIENTO**		
	DIA	**MES**	**AÑO**
Buen manejo y correcta inversión del anticipo			
Pago anticipado			
Cumplimiento			
Calidad del servicio			
Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales			
Estabilidad y calidad de la obra			
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados			
Responsabilidad civil extracontractual			

Otras (describirlas)			

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, se procede a realizar el cierre del expediente del proceso de contratación (detallar el estado actual de las condiciones y del seguimiento efectuado a los términos de las garantías de calidad, estabilidad y mantenimiento, o las condiciones de disposición final o recuperación ambiental de las obras o bienes, para proceder al cierre del expediente e indicar las garantías a las que hubo lugar durante la duración del contrato/convenio).

Para constancia, se firma la presente acta el DD/MM/AAAA.

WILFER ALBERTO OTÁLVARO PEREZ
ORDENADOR DEL GASTO
Secretario de Salud y Protección Social - Secretaría de Salud y Protección Social.

VoBo SUPERVISOR
NOMBRE: WILFER ALBERTO OTÁLVARO PEREZ
DEPENDENCIA: Secretario de Salud y Protección Social - Secretaría de Salud y Protección Social.

MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO	**Evaluación de proveedores externos**	**Código**: F-CT- 002 **Versión**: 03 **Fecha**: 27/12/2022 **Página**: 1 de 1

CONTRATO NÚMERO	TIPO	
2024.10.11.06.055.465	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
CONTRATISTA	**CORPORACION CENTRO CITA SALUD MENTAL**	**FECHA DE INICIO DEL CONTRATO**
NIT O CÉDULA	**900.081.843**	**1/08/2024**
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, ATENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES COMO EVENTOS PRIORIZADOS EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.	

ACTIVIDADES A EVALUAR		CALIF.
CALIDAD	El contratista cumple con las especificaciones técnicas y/o actividades contratadas	5
OPORTUNIDAD	Cumplió con las entregas en los plazos acordados en los documentos del proceso	5
CANTIDAD	Realiza las entregas de los bienes y/o servicios acorde con lo pactado	5
ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS	Atiende los requerimientos efectuados por parte de la administración municipal que estén relacionados con el contrato	5
CUMPLIMIENTO NORMATIVO	Durante la ejecución del contrato cumplió con las normas relacionadas directamente con la ejecución del contrato y las de seguridad y salud en el trabajo requeridas para la actividad	5
SERVICIO POST ENTREGA	Atiendió de forma oportuna las reclamaciones realizadas posterior la la entrega de los bienes y servicios y resolvió las inconsistencias presentadas	5

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN				
N/A: NO APLICA	**1. DEFICIENTE**	**3. ACEPTABLE**		**5. EXCELENTE**
Evaluación (%) =	Total puntos obtenidos/Total puntos posibles	30 / 30	X 50 =	**100**
	Cantidad de preguntas aplicables	6		

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN	EVALUACIÓN		RESULTADO
WILFER ALBERTO OTALVARO PEREZ			
DEPENDENCIA	EXCELENTE	**81 - 100**	**EXCELENTE**
	ACEPTABLE	**60-80**	
SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	DEFICIENTE	**0-59**	

OBSERVACIONES:		
PUNTAJE OBTENIDO	**81 -100**	Altamente confiable, garantiza la calidad, oportunidad, cantidad, la atención a requerimientos, el cumplimiento normativo y los servicios post entrega, según aplique.
	60 - 80	Cumple con los requisitos básicos de calidad, oportunidad, cantidad, la atención a requerimientos, el cumplimiento normativo y los servicios post entrega, según aplique.
	0 - 59	Poco confiable en calidad, oportunidad, cantidad, la atención a requerimientos, el cumplimiento normativo y los servicios post entrega, según aplique.

NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR	FIRMA EVALUADOR	FECHA EVALUACIÓN
		31/12/2024
WILFER ALBERTO OTALVARO PEREZ		