



INFORME DE SUPERVISIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

INFORMACIÓN GENERAL					
Marque con una X el tipo de documento:					
CONTRATO	x	CONVENIO			Acta No 2
Número:	080	de	Año	2025	
OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR (CPSAM) - SAN RAFAEL.					
Contratista:	EVERLIDES DEL CARMEN TORRENTE MESA				
Código de Proyecto	202500000000799	Nombre del proyecto	FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO DE EL BAGRE ANTIOQUIA		
CLASIFICACIÓN PLAN DE DESARROLLO					
Línea estratégica	1: HUMANIZANDO A EL BAGRE CON JUSTICIA SOCIAL				
Sector	Inclusión Social y Reconciliación	Programa	13.4. Atención integral de población en situación permanente de desprotección social y/o familiar		
Objetivo Programático	Garantizar el bienestar integral de los adultos mayores, brindándoles la atención y los servicios necesarios para su calidad de vida				
Código de Producto	410400800; 410400300; 410401500; 410400700.	Indicador de Producto	1.Servicio de atención y protección integral al adulto mayor: Adultos mayores atendidos con servicios integrales		

Nota: Cuando es por funcionamiento, colocarles No Aplica

INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN					
Registro Presupuestal (artículo 42 ley 80):	00084	de	20 DE ENERO	de	2025
Fecha aprobación de Pólizas Garantías:	N/A	de	N/A	de	N/A
Fecha de inicio: Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio	20	de	ENERO	de	2025
Duración total:	SEIS (6) MESES , contados a partir de la suscripción del acta de inicio				
Fecha de terminación:	19	de	JULIO	de	2025

BALANCE FINANCIERO

El contrato/convenio/orden de aceptación estipuló anticipo: SI _____ No_X__

*Si manejo anticipo, relacione los datos de la cuenta para la consignación de los anticipos en el cuadro a continuación



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

Cuenta	2. Ahorros	Número Cuenta:	3. Banco:
--------	------------	----------------	-----------

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

Plan de inversión del anticipo / Modificación al plan de inversión	4. Formato control de seguimiento anticipo*	5. Conciliación bancaria
Extractos bancarios	6. Certificación bancaria sobre rendimientos financieros	

*La legalización del anticipo debe ser en función a la programación acordada con el contratista y debe coincidir la programación con la actividad y el valor aprobado en las fechas respectivas

Anticipo inicial % (1)	0,00%	Valor anticipo inicial (5)						
Fecha de Desembolso del anticipo (2)	DD/MM/AAAA	Valor anticipo adiciones (6)					\$ -	
No. De Orden de pago desembolso anticipo (3)		Valor total anticipo (7)						
% Anticipo de adiciones (4)	0,00%	Saldo pendiente por amortizar (8)					\$ -	
Balance General		Pagos realizados al contratista/entidad						
Concepto	Valor	Concepto (16)	Comprobante de egreso (17)	Fecha (18)	Valor total factura (19)	Valor amortización anticipo (20)	Valor neto (21)	% (22)
Valor inicial (9)	\$ 14.249.142	Acta 1			\$ 2.374.857	\$ -	\$ 2.374.857	16,67%
Valor Adiciones (10)	\$ -	Acta 2			\$ 2.374.857	\$ -	\$ 2.374.857	16,67%
Valor Reducciones (11)	\$ -					\$ -	\$ -	0,00%
Valor Total (12)	\$ 14.249.142					\$ -	\$ -	0,00%
Valor pagado (13)	\$ 2.374.857					\$ -	\$ -	0,00%
Valor causado que no se ha pagado (14)	\$ 2.374.857					\$ -	\$ -	0,00%
Valor total ejecutado (15)	\$ 4.749.714				\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
Valor por ejecutar (16)	\$ 9.499.428				\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
					\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
		TOTALES			\$ 4.749.714	\$ -	\$ 4.749.714	33,33%
NOTA: LAS CASILLAS SOMBREADAS NO SE DEBEN MODIFICAR								



INSTRUCTIVO PARA DILGENCIAMIENTO DEL BALANCE FINANCIERO

- Anticipo Inicial:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo. Si no tiene anticipo, registre 0.00%
- Fecha de Desembolso del anticipo:** Registre la fecha de desembolso del anticipo.
- No. Orden de pago de Anticipo:** Registre el número de la orden de pago del anticipo.
- Anticipo de Adiciones:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo de las adiciones. Si no se efectuaron, registre 0.00%
- Valor del anticipo Inicial:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (1) * Casilla (9)
- Valor del anticipo adiciones:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (4) * Casilla (10)
- Valor Total anticipo:** Es la sumatoria de la casilla (5) + (6) (Σ Valor anticipo inicial + Valor anticipo adiciones).
- Saldo pendiente por amortizar:** Es la diferencia entre la casilla (7) Valor total anticipo - Σ De la casilla (21) Valor total amortización anticipos.
- Valor Inicial:** Este es valor del contrato/convenio/orden de aceptación inicial principal sin adiciones.
- Valor Adiciones:** En esta casilla se deben incluir las adiciones realizadas
- Valor Reducciones:** En esta casilla se deben incluir las reducciones realizadas
- Valor Total:** Es la suma de la casilla (9) + (10)
- Valor Pagado:** Es la suma de la columna de valor total de la factura (19).
- Valor Causado no Pagado:** Este corresponde al valor bruto (sin incluir amortizaciones) de la factura que se está radicando para pago.
- Valor Total Ejecutado:** Es la sumatoria de la casilla (12) + (13) (Σ Valor pagado + Valor causado no pagado).
- Valor por ejecutar:** diferencia entre el Valor Total y Valor Total Ejecutado.
- Concepto:** Corresponde a los Números de pago realizados
- Orden de Pago:** Registre el Número de la orden de pago.
- Fecha:** Registre la fecha de la Numero de orden de pago.
- Valor Total Factura:** Corresponde al valor de factura
- Valor Amortización anticipo:** Registre el valor de amortización del anticipo para la factura, tenga en cuenta que este debe estar de acuerdo con la forma de amortización estipulada en el contrato/convenio/orden de aceptación inicial.
- Valor Neto:** Es la diferencia entre el valor de la factura (19) y Valor Amortización anticipo (20)
- %:** Es la División entre el valor total del (11) y el valor total de la factura (19)

2. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APARTES PARAFISCALES		
3.	El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50.	SI x
		NO
		Marque con una X

ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO

Estado de avance de la ejecución física a la fecha (%)		33.3%
Formula: Alcance Prestación Bien o Servicio = % Total Pactado Contractualmente *Esto debe estar acorde con el Objeto y Forma de Pago, contenido en el contrato suscrito.		
Descripción de la ejecución actual (De acuerdo con el cronograma de actividades):		
Nº	Obligaciones del Contratista/Entidad	Estado de avance de la obligación
1	Vigilar los suministros que llegan al centro de manera detallada y coordinar los gastos apropiados de los insumos entregados en articulación con la coordinadora del programa de adulto mayor	% de Avance: 8.3%
		Descripción del avance: Se evidencia que la contratista vigiló los suministros de manera detallada que llegan al CPSAM San Rafael
		Entrega producto Si_X No _____
2	Gestionar la atención medica de los adultos mayores y la obtención de los medicamentos de control ante la EPS.	% de Avance: 8.3%
		Descripción del avance: Se verifica que la contratista gestionó la atención medica de los adultos mayores y



		la obtención de los medicamentos de control ante la EPS
		Entrega producto Si_x No_____ Ubicación: secretaria de salud.
3	Realizar acompañamiento a los adultos mayores del cpsam en sus citas y procedimientos médicos cuando no sea necesaria la presencia de los auxiliares de enfermería	% de Avance: 8.3% Descripción del avance: Se evidencia que la contratista realizó acompañamiento a los adultos mayores del CPSAM en sus citas y procedimientos médicos Entrega producto Si_x No_____ Ubicación: secretaria de salud
4	Realizar actividades ludico recreativas a los adultos mayores del cpsam san rafael.	% de Avance: 8.3% Descripción del avance: Se verifica que la contratista realizó las actividades ludico recreativas a los adultos mayores del cpsam Entrega producto Si_X_ No_____ Ubicación: secretaria de salud.
5	Apoyo en las actividades realizadas en la secretaria de salud y protección social asignadas por el supervisor	% de Avance: 8.3% Descripción del avance: Se evidencia que la contratista realizó acompañamiento actividad lúdica homenaje al día de la mujer Entrega producto Si_X_ No_____ Ubicación: secretaria de salud.

4. VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CLAUSULAS AMBIENTALES			
5.	El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones ambientales mediante el control operacional respectivo.	6. SI X	7. NO

ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO
(Diligencie un bloque por cada problema identificado)

Nº	Problema identificado que afecta la ejecución	Justificación	Acciones implementadas para solucionar los problemas identificados
1			
2			
3			



SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción) Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 “La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria”. Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista.		SI	NO
---	--	----	----

Calificación del Servicio:	Sobresaliente (Califique entre 4,6 y 5,0)	Satisfactorio (Califique entre 4,0 y 4,5)	Aceptable (Califique entre 3,0 y 3,9)	Deficiente (Califique entre 2,0 y 3,0)	Inaceptable (Califique entre 1,0 y 1,9)
1. Oportunidad en la prestación final del servicio	X				
2. Calidad del servicio prestado por el Contratista / Entidad	X				
3. Oportunidad en la presentación de informes, facturas y demás documentos requeridos por la supervisión	X				
4. Cumplimiento Real de los tiempos establecidos en la ejecución, respecto al cronograma establecido.	X				
5. Valores agregados ofrecidos por el Contratista / Entidad		X			
6. Impacto del servicio prestado por el contratista / entidad	X				
Se harán efectivas Pólizas (Diligencie con una X)				SI	NO X
¿Por qué? Anexar Soportes					
¿Se debe declarar el incumplimiento? (Diligencie con una X) Anexar Soportes				SI	NO X
¿Se interpusieron multas? (Diligencie con una X) Anexar Soportes				SI	NO X

SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción) Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 “La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria”. Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista.		SI	NO X
---	--	----	------



ALCALDIA DE EL BAGRE
NIT.890984221-2

CODIGO	F-GC-026
VERSION	005

Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los
Por ningún motivo la fecha del presente documento puede ser anterior a la
fecha de finalización, ni posterior a los 4 meses de la misma.

19

días del mes de

MARZO

De

2025

ANEXOS	OBSERVACIÓN	✓
Soporte de pagos de Salud, Pensión y ARL	Personas Naturales	X
Certificación de pago de aportes de parafiscales, expedido por contador público o representante legal	Persona Jurídica	
Informe de actividades del contratista con respectivas evidencias	Persona Natural / Jurídica	X
Factura o cuenta de cobro	Persona Natural / Jurídica	X

SUPERVISOR

Nombre: Adriana Alejandra Amaya Acevedo

Cargo: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL