ACTA DE CAMBIO DE SUPERVISOR

14 de octubre de 2025

CONTRATO Nº	ENV-13-25-0316-25
FECHA DEL CONTRATO:	01 de enero de 2025
CONTRATISTA: IDENTIFICACIÓN DEL	CORPORACIÓN CENTRO CITA SALUD MENTAL Y ADICCIONES
CONTRATISTA:	NIT. 900.081.843-3
OBJETO DEL CONTRATO	Aunar esfuerzos, técnicos, administrativos y humanos, para desarrollar acciones de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental, para la población del municipio de Envigado.
VALOR DEL CONTRATO:	$ 2.745.103.613 SIN IVA
VALOR ADICIÓN:	488.475.319 SIN IVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 4.410.051.909 SIN IVA
FECHA DE ADICIÓN:	N/A
FECHA DE INICIO:	01 de enero de 2025
FECHA DE SUSPENSIÓN:	N/A
FECHA DE REINICIO:	N/A
PLAZO DEL CONTRATO:	10 meses
FECHA DE FINALIZACIÓN:	31 de octubre de 2025

En la ciudad de Envigado a los catorce **(14)** días del mes de **octubre** de **2025**, las señoras **Shinya Miryam Ríos Gaviria**, identificada con cédula de ciudadanía N°43.841.292, en calidad de **SUPERVISOR SALIENTE** del contrato de la referencia, y **María Del Mar Arroyave Tamayo**, identificado con cédula de ciudadanía N°1.037.622.295, en calidad de **SUPERVISOR ENTRANTE** del mismo contrato, se reunieron con el fin de hacer entrega y de recibir la supervisión del citado contrato.

La secretaria de Salud del Municipio Envigado, con base en la ley 80 de 1983, el artículo 83 de la ley 1474 de 2011, manifiesta que el retiro definitivo del SUPERVISOR SALIENTE obedece a las siguientes razones:

Finalización Periodo de Vacaciones.

EL SUPERVISOR SALIENTE hace constar que el citado contrato se encuentra en las siguientes condiciones:

- ✓ **Seguridad Social. (seguimiento administrativo):**

Obligado a Presentar Seguridad Social	Si	X	Diligencie el cuadro		
	No		Omita el cuadro		
PERSONA NATURAL			**PERSONA JURIDICA[1]**	**SI**	**NO**
Planilla número	**N.A.**		Certificado de Representante Legal	X	
Período de Cotización	**N.A.**				
Fecha de pago	**N.A.**		Certificado de Revisor Fiscal	X	
Valor base de cotización	**N.A.**				
Salud	**$**		Copia de Tarjeta Profesional del Revisor Fiscal (Para la cuenta inicial)	X	
Pensión	**$**		Certificado de la Junta Central de Contadores del Revisor Fiscal (Según vigencia)	X	
ARL tipo de riesgo	**N.A.**		Período de Cotización	**Agosto - 2025**	
Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio (cuando aplique)	**N.A.**		Nombre personal relacionado en planilla que ejecuta el contrato/convenio (cuando aplique)	**N.A.**	

*El contratista presenta el pago de la seguridad social correspondiente al mes de **agosto 2025** relacionado en el cuadro anterior.*

- ✓ **Novedades (seguimiento administrativo): N/A**

- ✓ **Cumplimiento de obligaciones (seguimiento técnico):** Informe de Gestión N°8 "C:\Users\maria.arroyave\OneDrive - MUNICIPIO DE ENVIGADO\Ejecución Contratos 2025\Contrato SM_Centro Cita\AGOSTO 2025\202508 INFO_CENTRO CITA\202508 INFO_ EJECUCIÓN JUL 2025"
- ✓ **Seguimiento jurídico:**
  Hasta el momento el contratista/asociado no ha estado inmerso en inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes que le impidan seguir legalmente con la ejecución del contrato/convenio. Lo cual se evidencia en el siguiente enlace: 202505 CERTIFICADOS HABILITANTES.
  Las capacidades y facultades demostradas por el contratista/asociado para la celebración del contrato/convenio permanecen en la misma condición. Lo cual se evidencia en el siguiente enlace: 202505 CERTIFICADOS HABILITANTES.
  Se realizó seguimiento a los riesgos identificados en la matriz de riesgos y hasta el momento no se han materializado. 2025 MATRIZ DE RIESGOS
  De acuerdo con el concepto dado por parte de la Dirección Financiera de la Secretaria de Hacienda, el convenio de asociación ENV-13-25-0316-25 no se le aplica descuento de estampillas, solamente se le está realizando la deducción en cada pago realizado el descuento del impuesto de industria y comercio (7*1000).

[1] Se debe verificar el pago de seguridad social del personal vinculado y/o contratista requerido y contenido en la propuesta económica.

✓ **Ejecución Financiera.**

ÍTEM	FACTURA	VALOR	% DE EJECUCIÓN	FECHA DE PAGO
Valor total del contrato/convenio		**$ 2.745.103.613**	100%	
Acta de pago 1	FEE-3316	$ 153.985.427	5,61%	25/02/2025
Acta de pago 2	FEE-3347	$ 280.092.115	10,20%	7/04/2025
Acta de pago 3	FEE-3383	$ 303.455.898	11,05%	7/05/2025
Acta de pago 4	FEE-3440	$ 352.764.054	12,85%	30/05/2025
Acta de pago 5	FEE-3488	$ 317.662.478	11,57%	4/07/2025
Acta de pago 6	FEE-3533	$ 322.242.389	11,74%	12/08/2025
Acta de pago 7	FEE-3599	$ 277.383.640	10,10%	
Acta de pago 8	FEE-3632	$ 310.310.674	11,30%	
Valor total actas de pago		**$ 2.317.896.676**	**84,44%**	---
Valor por ejecutar del contrato/convenio		**$ 427.206.937**	**15,56%**	**---**

✓ **Observaciones administrativas, técnicas, jurídicas, financieras y contables**

- Las garantías contractuales siguen aún vigentes, sin novedad alguna
- Las publicaciones se vienen realizando acorde a la norma.
- Se ha verificado el pago de impuestos aplicados en cada pago al contratista/asociado.

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

Salomé Londoño Zapata
Secretaria de Salud

María Del Mar Arroyave Tamayo
Supervisor entrante

Shinya Miryam Ríos Gaviria
Supervisor saliente