Alcaldía de
La Ceja del Tambo

# MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO
## NIT 890981207-5
# COMPROBANTE DE EGRESO NÚMERO : 2025-06101

Usuario Pago:
LPINEDA
6363

**Fecha de Pago:** 13-11-2025 **Estado:** PAGADO

**PAGADO A:** CORPORACION CONGREGACION DE LAS HER ,Id: 890906439

**DESCRIPCIÓN:** PAGO PARCIAL A CONVENIO 2025.04.11.15.484 CUYO OBJETO ES GARANTIZAR LA PROTECCIÓN, EL CUIDADO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN AFECTACIÓN Y VULNERACIÓN DE DERECHOS, MEDIANTE LA MODALIDAD DE HOGARES DE PASO, CON FUNDAMENTO EN LA LEY 1098 DE 2006- CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO. PAGO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 04 DE OCTUBRE AL 03 DE NOVIEMBRE DE 2025, CANCELACION DE FACTURA EL 1552 DE NOVIEMBRE DE 2025

**Otros:**

**Tipo Pago**
PGNOR

Doc. Ref. :

**Vlr Bruto:** 7,120,000.00 **Vlr Deducc.:** 178,000.00 **Vlr Amortiz.:** 0.00 **Valor Neto:** 6,942,000.00

**DETALLE DE LOS BANCOS**

| Banco | Nro. Cuenta | Nro. Cheque | Beneficiario | Valor |
|---|---|---|---|---|
| 7 BANCOLOMBIA | 02300005268 | pago | CORPORACION CONGREGACION DE I | $6,942,000.00 |
| | | | **Total:** | **$6,942,000.00** |

**DETALLE DE LAS DEDUCCIONES**

| Descripción | | Vlr. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| ESTAMPILLA PRO DEPORTE | 2.5 | $7,120,000 | $178,000 |
| **TOTAL Deducibles:** | | | **$178,000.00** |

| Descripción | Vlr. Base | Valor |
|---|---|---|
| **TOTAL no Deducibles:** | | **$0.00** |

STEVEN ADELMO RIOS VARGAS
DIRECTOR FINANCIERO

LUIS FELIPE PINEDA PALACIO
TECNICO OPERATIVO PAGOS

"ES EL MOMENTO"

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** PAVIMENTACION DE VIAS
**NIT:** 890981207
**Tipo de pago:** PAGO A PROVEEDORES

**Nombre del pago:** HERMANAS6101
**Secuencia:** aE
**Número de cuenta a debitar:** 02300005268

**Fecha:** 13-11-2025 **Hora:** 14:48:25
**Fecha de Generación:** 13-11-2025

**Fecha de envío del pago:** 13-11-2025
**Fecha para Procesar el pago:** 13-11-2025

**Impreso por:** A39192612

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 1 | **Registros Procesados:** 1 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $6,942,000.00 | **Valor Registros Procesados:** $6,942,000.00 | **Valor Registros Rechazados:** $0.00 | **Valor Registros Pendientes:** $0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10812612293 | Ahorros | 890906439 | CORP CONGREGACION | 6,942,000.00 | BANCOLOMBIA | PAGO EXITOSO Y ABONADO EN CUENTA BANCOLOMBIA | 13-11-2025 |

Alcaldía de
La Ceja del Tambo

# MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO

## NIT 890981207-5

## ORDEN DE PAGO NÚMERO : 2025-6363

Usuario Ordenó
LFVALEN

**Fecha/Estado**
11/11/2025 **ORDENAI**

**Comprobante:** 3 : CAUSACIONES

**TIPO PAGO:** Otros Pagos **CONTRATO:** 2025041115484

**PAGADO A:** CORPORACION CONGREGACION DE LAS HER ,Id: 890906439

**DESCRIPCIÓN:** PAGO PARCIAL A CONVENIO 2025.04.11.15.484 CUYO OBJETO ES GARANTIZAR LA PROTECCIÓN, EL CUIDADO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTAN AFECTACIÓN Y VULNERACIÓN DE DERECHOS, MEDIANTE LA MODALIDAD DE HOGARES DE PASO, CON FUNDAMENTO EN LA LEY 1098 DE 2006- CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO. PAGO CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 04 DE OCTUBRE AL 03 DE NOVIEMBRE DE 2025, CANCELACION DE FACTURA EL 1552 DE NOVIEMBRE DE 2025

Doc. Ref. :

**Vlr Bruto:** 7,120,000.00 **Vlr Deducc.:** 0.00 **Vlr Amortiz.:** 0.00 **Valor Neto:** 7,120,000.00

**REGISTRO PRESUPUESTAL**

| #Reserva CDP | # CRP | Fondo | Depen. | Código | Descripción | Vlr. x Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1012 | 1799 | 81 | 3 | 2.3.2.02.02.009.062 | FORTALECIMIENTO Y CUIDADO FAMILIAR (R.B) | $7,120,000.00 |

**TOTAL:** **$7,120,000.00**

DIANA MILENA RENDON RAMIREZ
LIDER DEL PROGRAMA DE PRESUPUESTO

FLOR MARIA MONTOYA GOMEZ
SECRETARIA DE HACIENDA

"ES EL MOMENTO"

MARIA ILBED SANTA SANTA

| Alcaldía de La Ceja del Tambo | **INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN** | Código: F-CT-032 |
|---|---|---|
| | | Versión: 08 |
| | | Fecha: 01/09/2025 |
| | | Página: 1 de 10 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO CONVENIO** | ☐ X | NÚMERO: | 2025.04.11.15.484 |
| | | FECHA DE SUSCRIPCIÓN: | Fecha [04/07/2025] |
| **OBJETO:** "GARANTIZAR LA PROTECCION, CUIDADO Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE PRESENTEN AFECTACION Y VULNERACIÓN DE DERECHOS, MEDIANTE LA MODALIDAD DE HOGAR DE PASO, CON FUNDAMENTO EN LA LEY 1098 DE 2006 - CODIGO DE INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA", EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO". | | | |
| **DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:** | | | Secretaría de Salud y Protección Social – Subsecretaría de Familia y Entornos Protectores |
| **CONTRATISTA / ASOCIADO** | | NOMBRE: | CORPORACIÓN CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS DE LA PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA |
| | | CEDULA / NIT | 890.906.439-1 |
| **VALOR INICIAL [$]:** | | El valor estimado del contrato es de CINCUENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L ($53.400.000) incluidos todos los tributos que se generen con ocasión a la celebración, ejecución y liquidación del contrato. | |
| **PLAZO:** | | Seis (6) meses, contadores a partir del inicio del contrato en el SECOP II, en todo caso sin sobrepasar el 31 de diciembre de 2025. | |
| **IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:** | | 2025.04.11.15.484 - SECOP II | |

| **1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO** |
|---|
| **Periodo de Cobro:** Desde el 04 de Octubre de 2025 al 03 de Noviembre de 2025. |

| **2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO** | | |
|---|---|---|
| **Registro Presupuestal:** | **Nº.** 1799 | **Fecha: Día: 04 Mes: 07 Año: 2025** |
| **Requiere Pólizas de Garantías (*)** | SI_X_ NO_ | **Póliza nro.** 496-47-994000021946 Cumplimiento en favor Entidades Estatales. **Fecha: Día:** 04 **Mes:** 07 **Año:** 2025 – Anexo 0 |
| **Fecha de inicio (*):** **(*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio** | Fecha: Día: 04 Mes: 07 Año: 2025 | |
| **Duración total del contrato:** | 177 Días | |
| **Fecha de terminación del contrato:** | **Fecha: Día:** 31 **Mes:** 12 **Año: 2025** | |

| **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 | | Ahorros | x | Número Cuenta: 10812612293 | 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 | N/A | Formato control de seguimiento anticipo | N/A | Conciliación bancaria | N/A |
| Extractos bancarios | N/A | Certificación bancaria sobre rendimientos financieros | | | N/A |

| 3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO | |
|---|---|
| 1. Valor Contrato: | $53.400.000 |
| 2. Valor Cofinanciación (Para convenios): | $0 |
| 3. Valor Anticipo o Pago anticipado. | $0 |
| 4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista) 2.3.2.02.02.009.062 - FORTALECIMIENTO Y CUIDADO FAMILIAR (R.B) | $7.120.000 |
| 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). | $39.160.000 |

**3.1 RENDIMIENTOS**

El contrato o convenio generó rendimientos: SÍ_____NO___X__

| Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte) | Valor de rendimientos ($) | Fecha de consignación de rendimientos | Anexa recibo (SÍ/NO) |
|---|---|---|---|
| | N/A | N/A | N/A |

**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 | SI _ NO X __<br>No. Planilla: N/A |

| Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de Corporación Congregación de las Hermanas de la Providencia Social Cristiana *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 | NO |
|---|---|---|
| | X | |

**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. | SI _X__ | NO __ |
| *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.* | (Marque X) | |

**5. COMPONENTE TÉCNICO**

**5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO**

| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO** | 73.33% |
|---|---|

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

| **Nº** | **Actividades u obligaciones** | **Tareas desarrolladas en el período de Pago** (Tareas realizadas relacionadas con las actividades) |
|---|---|---|
| 1 | Atender a los niños, niñas y adolescentes (NNA), en edades de 0 años (6 meses) y 17 años 11 meses y 29 días de edad, que se encuentren en condiciones de amenaza, abuso o de vulneración de sus derechos y cuyas familias presenten dificultades para su atención y en las que se observan factores protectores y condiciones mínimas para asumir su responsabilidad parental bajo los lineamientos establecidos por la Ley 1098 de 2006. | Para el periodo de cobro se atendieron 2 niños y 2 niñas. El hogar brindó una recepción adecuada a los NNA, respetando los principios de dignidad, protección integral y enfoque diferencial.<br>Bridando atención a 2 personas de sexo femenino y 5 de sexo masculino, así:<br><br>Registro Civil 1039314222<br>Registro Civil 1040053155<br>Tarjeta de identidad 1039312305<br>Tarjeta de identidad 1039313042 |
| 2 | La vigilancia, responsabilidad y custodia de los niños (as) y adolescentes en edades de 0 años (6 meses) y 17 años 11 meses y 29 días de edad y que se encuentren vinculados a PARD Procesos Administrativos de Restablecimiento de Derechos en virtud de la Ley 1098 de 2006 | Como parte del proceso de verificación, se revisaron las fichas de ingreso correspondientes a cada menor, evidenciando su inclusión en el sistema de protección y la activación de las medidas de restablecimiento pertinentes. Esta documentación constituye prueba del seguimiento y la garantía de los derechos fundamentales de los NNA, así como del cumplimiento de los lineamientos técnicos por parte del operador. |
| 3 | Asignar una habitación que cumpla con las condiciones mismas higiénicas, ambientales y de descanso para el menor, además de un armario para ubicar sus pertenencias. | Durante la interventoría se evaluó la asignación de habitaciones y armarios individuales a los NNA remitidos al hogar de paso desde el municipio de **La Ceja del Tambo**. |

| | | |
|---|---|---|
| | | • **Asignación de habitación**: Se constató que a cada NNA vinculado al hogar se le asigna una habitación compartida o individual, de acuerdo con su edad, género y condiciones particulares, cumpliendo con los principios de privacidad, seguridad y bienestar emocional.<br>• **Condiciones higiénico-ambientales**: Las habitaciones asignadas se encuentran en **condiciones adecuadas de limpieza, ventilación, iluminación natural y artificial**, y cuentan con mobiliario básico en buen estado (camas, colchones, cobijas y almohadas), favoreciendo el descanso y la salud física de los NNA.<br>• **Armario para pertenencias**: Cada NNA dispone de un **armario personal o espacio designado** para guardar sus pertenencias, con el fin de promover el sentido de pertenencia, orden y cuidado individual.<br>• **Organización y uso de espacios**: Se observó una organización adecuada del espacio físico, garantizando un ambiente seguro y propicio para el desarrollo de los NNA. |
| 4 | Contar con un grupo interdisciplinario de profesionales que deberán efectuar valoraciones nutricionales, psicológicas y las requeridas para el bienestar del menor: trabajador social, psicóloga, nutricionista | Se verificó que el hogar de paso cuenta con un **equipo interdisciplinario conformado por trabajador(a) social, psicóloga y nutricionista**, quienes llevan a cabo las siguientes acciones:<br>**Valoraciones iniciales**: Al momento del ingreso de cada NNA, el equipo realiza valoraciones individuales en las áreas psicosocial, nutricional y familiar, con el objetivo de identificar necesidades prioritarias, condiciones de salud y factores de riesgo o protección.<br>**Remisión a la Comisaría de Familia**: El plan de caso, junto con las valoraciones, es remitido de manera oportuna a la **Comisaría de Familia**, entidad responsable de dirigir el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) y tomar decisiones en función del interés superior del niño o adolescente. |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | Brindar la dotación y elementos de aseo (según la edad correspondiente) y vestuario. | Durante el periodo evaluado se evidenció que, al ingreso de los NNA remitidos por el municipio de **La Ceja del Tambo**, el hogar de paso realizó la entrega de la dotación necesaria para su permanencia digna y segura, la cual incluye:<br>**Elementos de aseo personal** adecuados a la edad de cada niño, niña o adolescente, tales como jabón, cepillo y crema dental, toalla, entre otros.<br><br>**Vestuario básico** entregado en condiciones adecuadas, correspondiente a la talla, edad clima de la zona. Incluye ropa interior, prendas de uso diario, pijama y calzado.<br>Esta dotación garantiza el cuidado personal, la higiene, y el bienestar físico |
| 6 | Atención médica y odontológica en caso de ser requerida para el menor, lo cual implica la revisión y los medicamentos a que haya lugar. | El hogar de paso realizó valoración por medicina general y odontología dentro del periodo de ingreso y adaptación, cumpliendo con el protocolo de atención integral establecido.<br>**Valoración médica general:** Se realizó a cada NNA al ingreso al hogar, con el fin de identificar condiciones de salud actuales, antecedentes médicos, necesidades especiales o tratamientos requeridos.<br>**Valoración odontológica inicial:** Se efectuó una revisión oral a cada NNA como parte de la atención básica en salud, identificando necesidades inmediatas y estableciendo recomendaciones para seguimiento o tratamiento, de ser necesario. |
| 7 | Realizar la remisión de informes a las Comisarías de Familia del Municipio para realizar procesos de restablecimiento de derechos del menor. | Durante el proceso se confirmó que el hogar de paso realizó la remisión de informes técnicos y plan de caso a la Comisaría de Familia del municipio de La Ceja del Tambo, cumpliendo con los tiempos y lineamientos establecidos.<br>Esta información fue entregada para que la Comisaría contara con los insumos necesarios para la toma de decisiones en el marco del PARD, garantizando el interés superior del niño y la activación de la ruta de restablecimiento de derechos. |
| 8 | Las demás actividades que requiera el supervisor del contrato con el fin de dar cumplimiento al objeto contractual y las que se | Se ejecutaron actividades adicionales orientadas al fortalecimiento del desarrollo emocional y social de los NNA bajo su cuidado. Entre estas, se destaca la |

| | | |
|---|---|---|
| | consignen en los estudios previos, propuesta de servicio y minuta del contrato | realización de **actividades lúdicas y recreativas**, dirigidas a promover espacios de:<br>• **Sano esparcimiento**<br>• **Expresión emocional**<br>• **Fortalecimiento de vínculos positivos**<br>• **Desarrollo de habilidades sociales y comunicativas.** |

**OBSERVACIONES:** VALOR A PAGAR $ 7.120.000 M/L.

*En el caso de que los cupos no estén en uso, o no se remitan NNA el municipio de La Ceja, pagará el cincuenta por ciento (50%) de cada cupo contratado, por la disponibilidad que hace la entidad ESAL de los cupos, además de los profesionales que debe mantener en completa disponibilidad (24/7) con el fin de evitar traumatismos y retrasos en la prestación del servicio, cuando se remitan los NNA, para realizar y emitir las respectivas valoraciones como los son nutricionista, trabajador social, psicólogo, formador diurno y nocturno y un auxiliar del formador, además de personal del área de servicios generales, se entiende que la entidad pone todo el personal exigible por el ICBF, por parte del contratista teniendo en cuenta que la prestación del servicio queda supeditada a causas fortuitas y no es continua la remisión de los cupos por parte de la entidad municipal.*

*El valor pleno de cada cupo, se causará, en el caso de que sea necesaria la prestación del servicio, independientemente del tiempo que se use el cupo.*

*Aun así, en caso tal de que el Municipio tenga la necesidad de garantizar los derechos de los niños, "niñas y adolescentes, y llegara a requerirse una ocupación superior a los 5 cupos contratados, el municipio podrá utilizar y solicitar la ocupación previa autorización inicialmente de la supervisión designada por parte del municipio y de la entidad contratista, SIEMPRE Y CUANDO EL PRESUPUESTO OFICIAL LO PERMITA, esta ocupación extraordinaria en caso de presentarse no implica que se deba pagar la reserva de la eventual ocupación.*

## 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 NO X

(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 | N/A | N/A |

## 5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Se liquida el contrato: SI NO X

**5.4.1 Resumen del Balance:**

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

**5.4.2 Aprobación de liquidación**
Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda SI ___ NO_X___ con su liquidación, así:

| BALANCE GENERAL DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONCEPTO** | **MONTO** |
| Valor total del contrato | N/A |
| Valor pendiente de pago | N/A |
| Saldo a liberar | N/A |

**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 presentado por la: CORPORACIÓN CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS DE LA PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA.

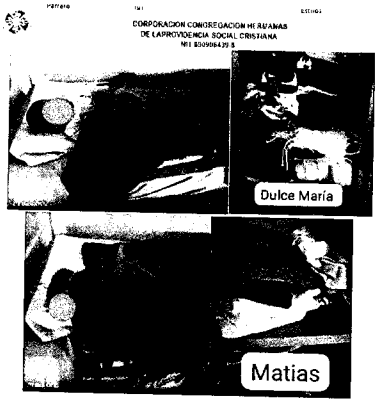
2 Informe de seguimiento a la contratación, certificado representante legal seguridad social, planillas de pago seguridad social, (Septiembre-Octubre) informe de actividades periodo, informe final y factura de electrónica EL1552 , RUT y certificación bancaria.

3 Anexos

## 7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El secretario de Salud y Protección Social WILFER ALBERTO OTÁLVARO PÉREZ en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de Supervisión, presentado por LUIS ALEJANDRO AGUDELO LÓPEZ, supervisor del convenio por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada.

Anexos







4. Contar con un grupo interdisciplinario de profesionales que deberán efectuar

Se realización actividades lúdicas para el sano esparcimiento de la menor remitidas



CORPORACION CONGREGACIÓN HERMANAS DE LAPROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA
NIT 890966439-8



**WILFER ALBERTO OTÁLVARO PÉREZ**
**Nombre del Ordenador del gasto**

**Firma del Ordenador del Gasto**
**Cédula Nro: 70.303.591**

**LUIS ALEJANDRO AGUDELO LÓPEZ**
**Nombre del Supervisor y/o Interventor**

**Firma Supervisor y/o Interventor**
**Cédula Nro: 71.229.382**

icontec ISO 9001 IQNET CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

**CONGREGACION HNAS PROVIDENCIA SOCIAL**
**CRI**
NIT. 890906439-8
Teléfono : 3146206140
CLL 60 50A 35 MEDELLIN
No somos Autorretenedores IVA
Somos responsables del IVA

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA EL1552

**CLIENTE:** MUNICIPIO LA CEJA DEL TAMBO
**Dirección:**
**Ciudad:** LA CEJA
**Teléfono:** 604

**Fecha:** 07 de Nov de 2025
**NIT:** 890981207-5
**Vencimiento:** 07 de Nov de 2025
**Forma de pago** **CONTADO** 0 días

Orden de C.:
**Remisión:**
**Pedido:**
**Transportador:**
**Docto. Ref.:**
**Vendedor:** CONG HNAS PROVIDENCIA SOCIAL C

**CUFE:** 763e517747640798ee6792c4efee5f9d49b714469870763fe46b90f0063e86e3496871513de49e2590c032cdeedf0263

| CONCEPTO O DESCRIPCIÓN | IVA % | INC % | Valor Total |
|---|---|---|---|
| HOGARES DE PASO NO GRAVADO | | | 7,120,000 |
| OBJETO DE CONTRATO "BRINDAR ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON | | | |
| VULNERACIÓN DE DERECHOS, MEDIANTE LA MODALIDAD DE HOGARES DE PASO CON FUNDAMENTOS EN EL CC | | | |
| INFANCIA Y ADOLESCENCIA, EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DE EL TAMBO ANTIOQUIA, COLOMBIA | | | |

**Medios de Pago:** TRANSFERENCIA BANCARIA [ ] EFECTIVO [X] TARJETA DÉBITO [ ] TARJETA CRÉDITO [ ] CHEQUE [ ] BONOS [ ] OTROS [ ]

**SON:** SIETE MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESO COLOMBIANO CON CERO CENTAVOS**********

| | |
|---|---|
| **TOTAL BRUTO** | 7,120,000 |
| **DESCUENTO** | |
| **IVA** | |
| **IMP. CONSUMO** | |
| **RET. IVA** | |
| **RETENCIÓN** | |
| **TOTAL NETO** | 7,120,000 |

RESOLUCION DIAN Nro. 18764098333175 FECHA 08/09/2025 FECHA FINAL 08/09/2027 AUTORIZA RANGO EL1501 AL EL5000

**F. VALIDACION:** 2025-11-07T09:59:58.606Z
**HORA:** 9:50:53 a. m

Esta factura se asimila en sus efectos legales a la Letra de Cambio (según el artículo 774 del Código de Comercio), con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías y/o servicios descritos en este título valor.

Fabricante del software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - NIT: 830.048.145-8. Nombre del software: SCI. Firma electrónica: Ver en el XML.

**CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS**
**DE LAPROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA**
**NIT 890906439-8**

La Estrella, 05 de noviembre de 2025

DOCTOR
LUIS ALEJANDRO AGUDELO LÓPEZ
SUPERVISOR CONVENIO 2025.04.11.15.484
SUBSECRETARIO DE FAMILIA Y ENTORNOS PROTECTORES
MUNICIPIO DE LA CEJA DEL TAMBO

"Que Reine Cristo en los corazones de los hombres para que los pueblos gocen de paz."

**ASUNTO:** Informe de ejecución de Contrato No 2025.04.11.15.484

**OBJETO DE CONTRATO** "BRINDAR ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VULNERACIÓN DE DERECHOS MEDIANTE LA MODALIDAD DE HOGARES DE PASO CON FUNDAMENTO EN EL CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, EN EL MUNICIPIO DE LA CEJA DE EL TAMBO."

**Fecha de inicio: 04 -07-2025**

**Periodo a cobrar:** octubre de 2025

**RESPETADO DOCTOR**

Estamos haciendo entrega del informe de ejecución del Contrato de prestación de servicios cuyo objeto es: Brindar la atención y protección integral de niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos mediante la modalidad de hogares de paso con fundamento en el código de la infancia y la adolescencia, en el Municipio de la Ceja del Tambo

El hogar de paso recibe 4 niños, niñas y adolescentes durante el periodo a cobrar.

**Valor Cupo atendido $ 1.780.000,00 M/L X 4 = $ 7.120.000,00 M/L**

**VALOR A PAGAR $ 7.120.000,00 M/L**

**ACTIVIDADES**

1. **Atender a los niños, niñas y adolescentes (NNA), en edades de 0 años (6 meses) a 17 años, 11 meses y 29 días de edad, que se encuentren en condiciones de amenaza, abuso o vulneración de sus derechos y cuyas familias presentan dificultades para atención y en las que se observan factores protectores y condiciones mínimas para asumir su responsabilidad parental bajo los lineamientos establecidos por la ley 1098 de 2006.**

| No. | Nombres | Apellidos | Documento de Identidad | Ubico en el Hogar de Paso | Fecha de Ingreso | Fecha de egreso |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | María Paz | Ocampo Patiño | Registro Civil 1039314222 | Comisaria Primera de Familia | 23/05/2025 | Permanece |
| 2 | Dulce María | Ocampo Patiño | Tarjeta de identidad 1039313042 | Comisaria Primera de Familia | 23/05/2025 | Permanece |
| 3 | Adrián David | Ocampo Patiño | Tarjeta de identidad 1039312305 | Comisaria Primera de Familia | 23/05/2025 | Permanece |
| 4 | Matías | Ocampo Patiño | Registro Civil 1040053155 | Comisaria Primera de Familia | 23/05/2025 | Permanece |

El Hogar de paso- casa hogar cuenta con licencia de funcionamiento por ICBF, además de aprobación vigente del PIYC (propuesta de implementación y cualificación), que soporta el trabajo realizado con los niños, niñas y adolescentes.

BIENESTAR FAMILIAR

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Antioquia Dependencia Grupo de Protección

El futuro es de todos

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN Y CUALIFICACIÓN - PIYC**

| | |
|---|---|
| Regional | Antioquia |
| Nombre de la Entidad | CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS DE LA PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA |
| Modalidad y/o servicio | UBICACIÓN INICIAL HOGAR DE PASO- CASA HOGAR |
| Población de atención | NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 0 A 18 AÑOS CON DERECHOS AMENAZADOS Y O VULNERADOS |
| Fecha de aprobación | 01 de abril de 2022 |

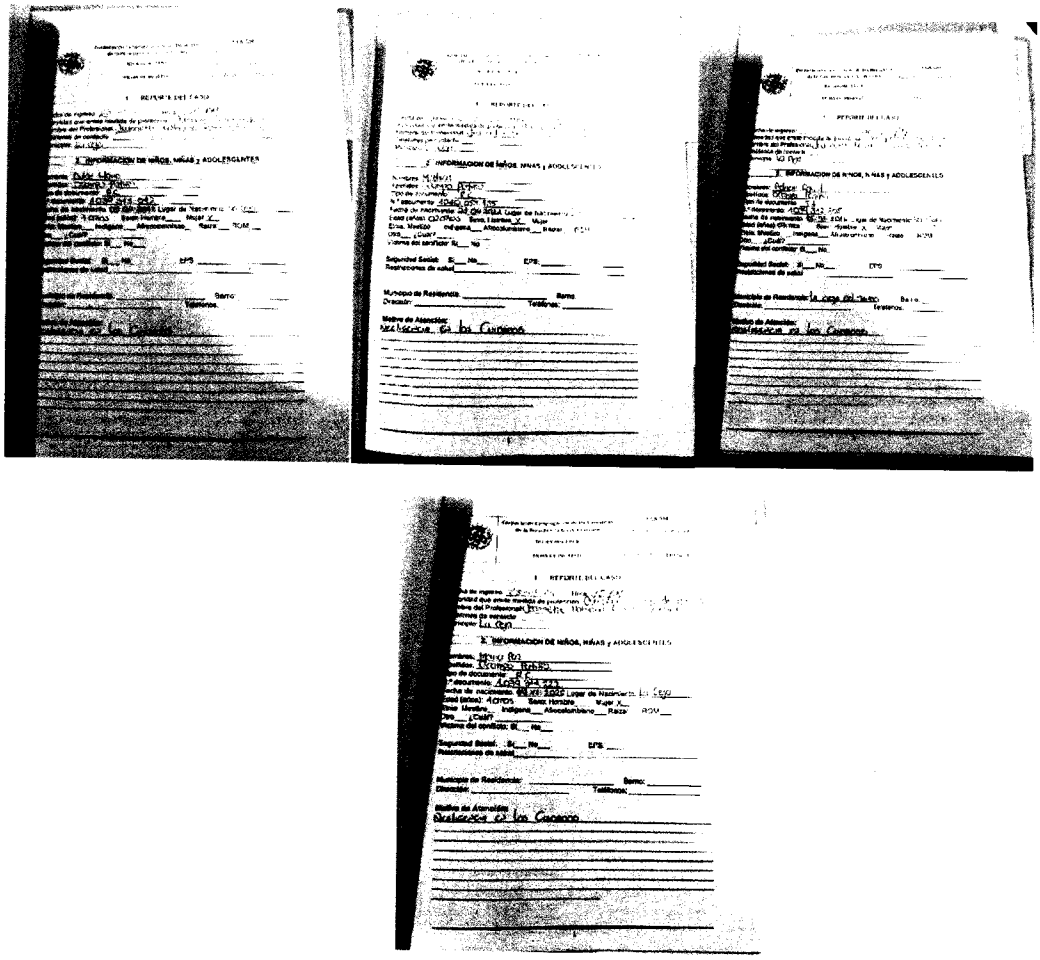
| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | CALIFICAC |
|---|---|---|
| | | Cumple |
| Portada | a. Oficio de aprobación vigente (PAI) | X |
| | b. Modalidad de servicio, población, municipio, dirección de sede administrativa y de sede operativa. | X |
| Propuesta de implementación | c. Propósito | X |
| | d. Contextualización | X |
| | e. Niveles de atención | X |
| | f. Cambios o resultados esperados | X |
| | g. Cómo lograrlo (estrategias, acciones o metodologías) | X |
| Propuesta de cualificación | h. Cualificación del Talento Humano | X |
| | i. Prevencion de situaciones de riesgo | X |
| | j. Estrategias para el mejoramiento continuo | X |
| | k. Herramientas de participación de los niños, niñas, adolescentes y sus familias o redes vinculares de apoyo | X |
| Fuentes de verificación | l. Existencia de fuentes de verificación diseñadas por parte del operador<br>m. Anexos | X |

De acuerdo con la revision de la Propuesta de Implementación y Cualificación - PIYC del operador, CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS DE LA PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA se concluye que esta cumple con los criterios de evaluación para ser aprobada. La propuesta cuenta con acciones interrelacionadas y articuladas con el *Lineamiento Técnico para la implementación del Modelo de atención a niños, niñas y adolescentes en las modalidades d derechos v1 (27/07/2021)*, con el *Manual operativo de Modalidades y servicio para la atención de niños, niñas y adolescentes con PARD V1 (27/07/2021)*, co *Método de Administración de Casos - MAC*, con la *cartilla metodológica del Programa Mi Familia para orientar los reintegros familiares y* con la *Guía de orient seguridad y prevencion de situaciones de riesgo v6 (19/08/2021)*.

**EVALUADORES**

**2. La vigilancia, responsabilidad y custodia de los niños (as) y adolescentes en edades de 0 años (6 meses) y 17 años 11 meses y 29 días de edad y que se encuentren vinculados a PARD Procesos Administrativos de Restablecimiento de Derechos en virtud de la Ley 1098 de 2006.**

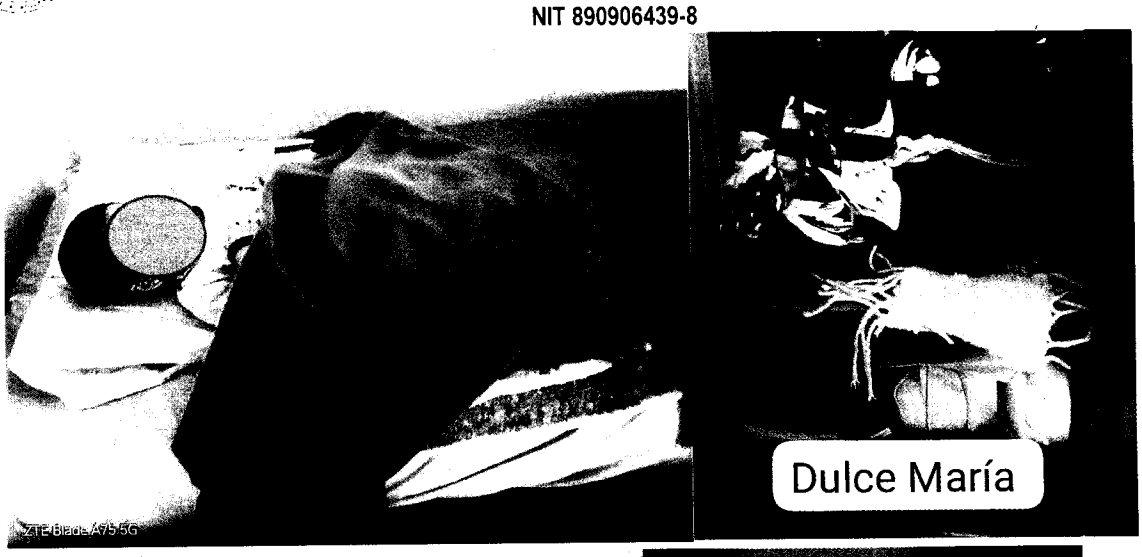
Para certificar la vinculación al programa, dentro del Hogar de paso, se tiene como evidencia la ficha de ingreso.

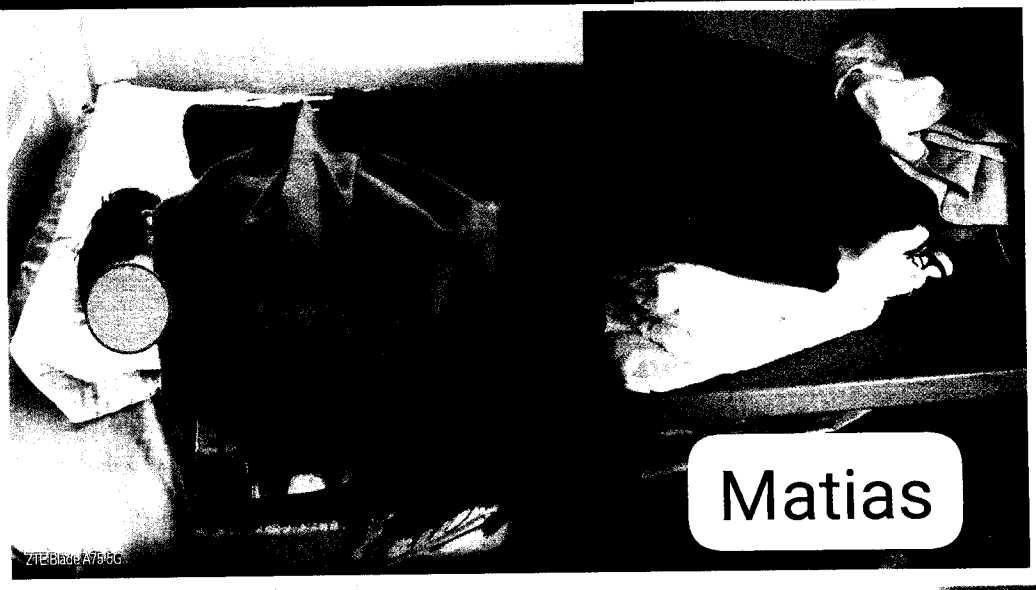


**3. Asignar una habitación que cumpla con las condiciones mínimas higiénicas, ambientales y de descanso para el menor, además de un armario para ubicar sus pertenencias.**

Se asigna habitación a la adolescente remitida del municipio de la Ceja del tambo, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el ICBF

CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS
DE LAPROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA
NIT 890906439-8









**4. Contar con un grupo interdisciplinario de profesionales que deberán efectuar valoraciones nutricionales, psicológicas y las requeridas para el bienestar del menor: trabajador social, psicóloga, nutricionista.**

El Equipo interdisciplinario del hogar de paso realiza las valoraciones iniciales, para posterior a ello, enviar el plan de caso a la comisaria de familia, donde se consolidan las valoraciones y los conceptos de cada profesional.

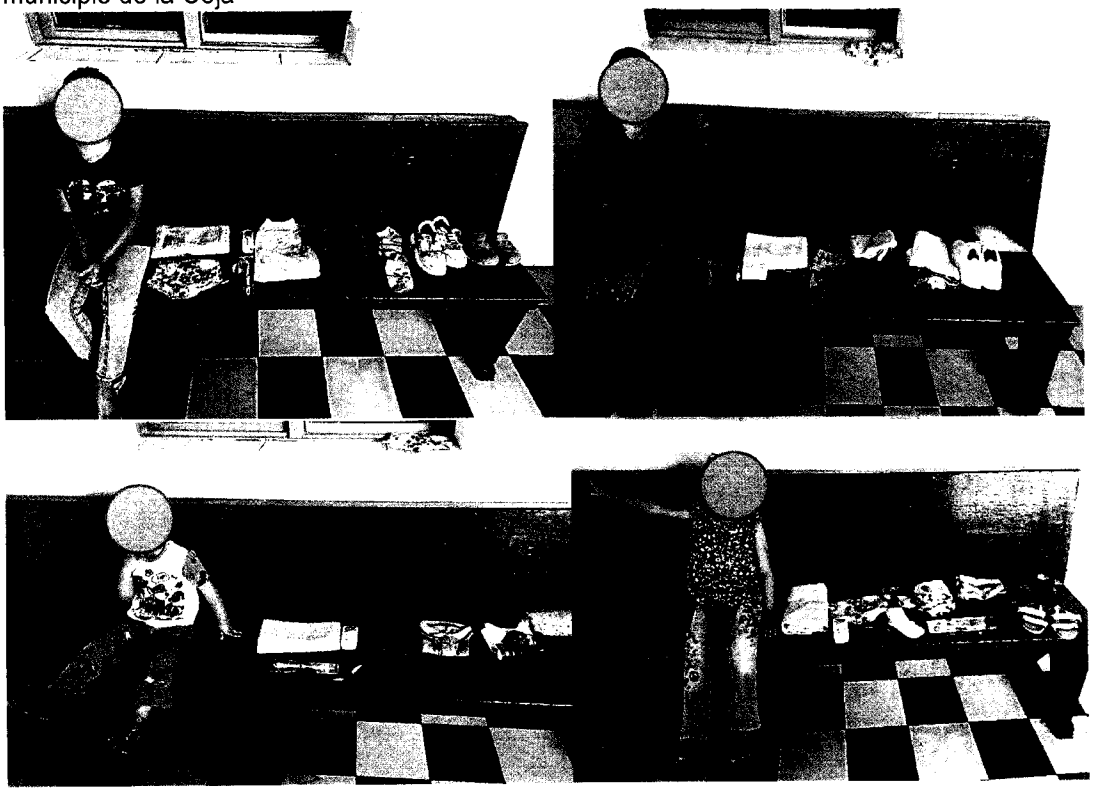
PLAN DE CASO HERMANOS OCAMPO PATIÑO

Casadel Peregrino

4 archivos adjuntos

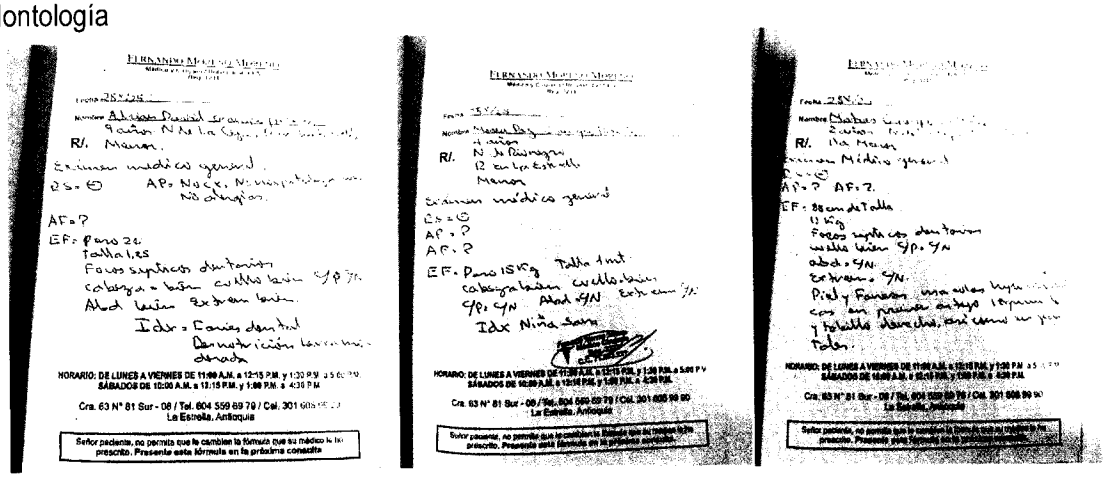
**5. Brindar dotación y elementos de aseo (según edad correspondiente) y vestuario.**

Se brindó dotación y elementos correspondientes para la estancia de la menor remitida por el municipio de la Ceja

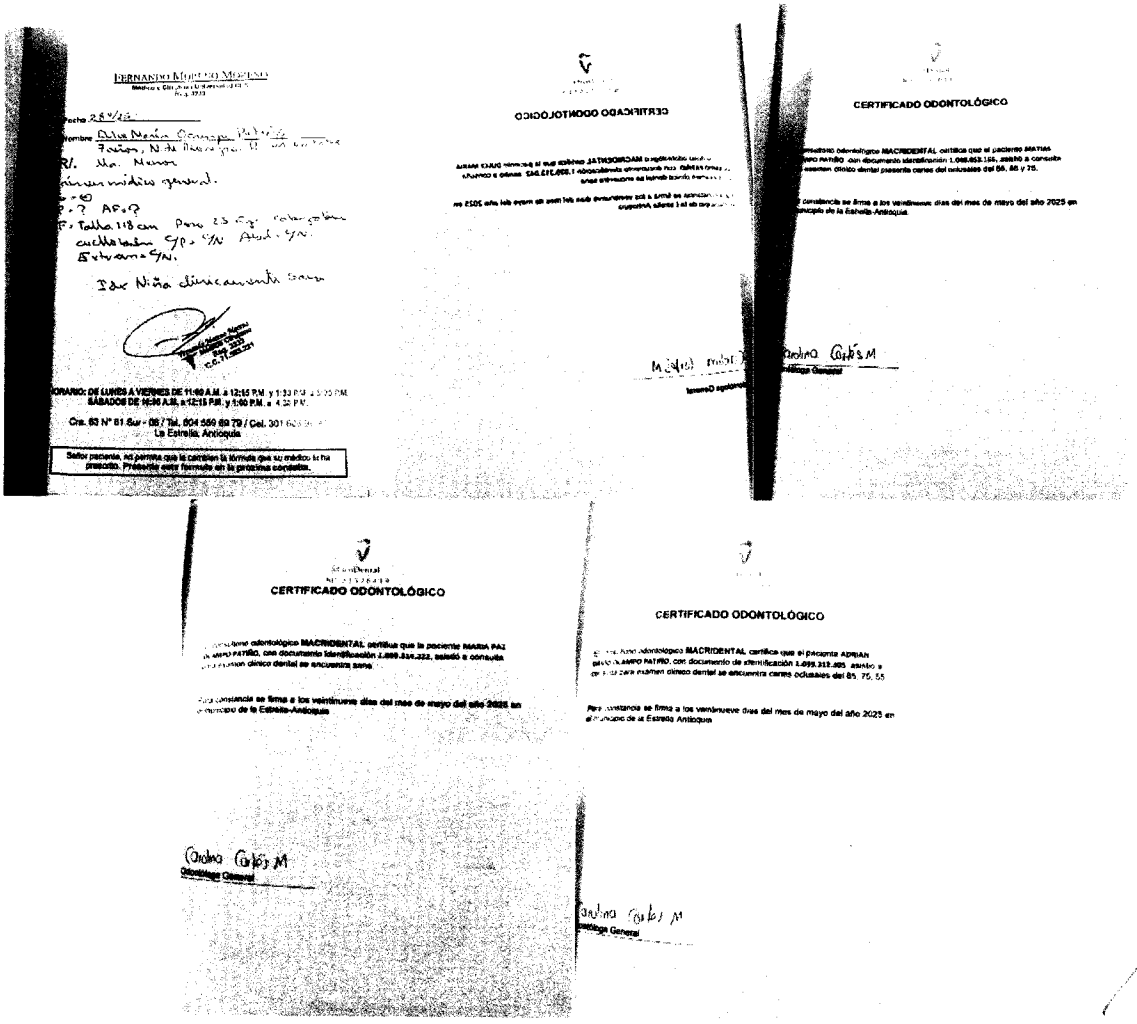


**6. Atención médica y odontológica, en caso de ser requerida para el menor, lo cual implica la revisión y los medicamentos a que haya lugar**

Los niños, niñas y adolescentes son valorados por medicina general y una valoración inicial por odontología



**CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS**
**DE LAPROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA**
**NIT 890906439-8**




**7. Realizar la remisión de los informes a las Comisarías de Familia del Municipio para realizar procesos de restablecimiento de derechos del menor.**

Se remitió informe a la comisaria de familia para basar en proceso de restablecimiento de derechos

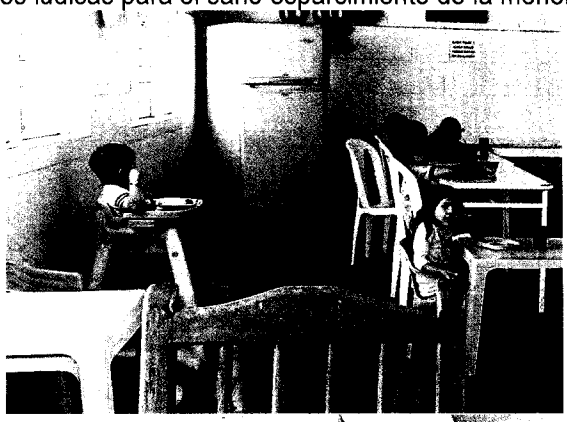
PLAN DE CASO HERMANOS OCAMPO PATIÑO

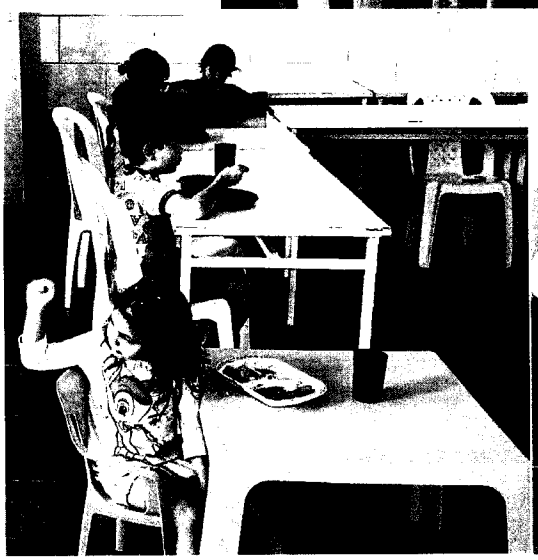
Casadel Peregrino

4 archivos adjuntos

**8. Las demás actividades que requiera el supervisor del contrato con el fin de dar cumplimiento al objeto contractual y las que se consignen en los estudios previos, propuesta de servicio y minuta del contrato.**

Se realización actividades lúdicas para el sano esparcimiento de la menor remitidas







CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS
DE LAPROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA
NIT 890906439-8









CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS
DE LAPROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA
NIT 890906439-8

## HORARIO HOGAR DE PASO

6:30 a.m. Levantada, aseo personal.
7:30 a.m. Desayuno y aseo dental
8.00 a.m. Encuentro de la mañana
9:00 a.m. Refuerzo escolar y nivelación
10:00 a.m. Refrigerio
10.30 a.m. actividad lúdica y recreativa
12:00 m Almuerzo, aseo dental,
1:00 p.m. Descanso y evaluación de la mañana.
2:00 p.m. Taller formativo
4:00 p.m. Descanso - Deporte
5:30 p.m. Taller espiritual
6:30 p.m. Cena y aseo dental
7:00 p.m. Encuentro evaluativo
8:00 p.m. Descanso

Las minutas cuentan con componente nutricional según ICBF
Los NNA cuentan con recursos para sus actividades como libros, videos además cuentan con una casa de muñecas con juegos de mesa, de concentración, aprenda jugando, entre otros.

- Favor consignar en la cuenta de ahorros Bancolombia No. 108-126122-93 Providencia Social Cristiana Nit. 890906439-8 y enviarnos constancia de la consignación.

**ADJUNTO:**

1. Informe
2. La factura correspondiente
3. Pago de la Seguridad Social
4. Certificado de Parafiscales
5. Tarjeta profesional
6. Junta de contadores

Cualquier información adicional en el Cel. 3146183433

La Estrella, 05 – 11 – 2025

Hna. Nancy del P. Velásquez B. C.P

**Hna. Nancy del Perpetuo Velásquez Bermúdez**
**Representante Legal**

CORPORACIÓN CONGREGACIÓN HERMANAS DE LA
PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA
NIT 890906439-8

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

PERSONA JURÍDICA

Yo, Luz Andrea Bedoya Rodríguez, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N°43.625.515 expedida en Medellín, actuando en mi condición de Revisor fiscal de la CORPORACION CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA manifiesto bajo la gravedad del juramento:

- Que la Corporación congregación , ha cumplido en el mes OCTUBRE de 2025 y durante los 6 meses anteriores, con los pagos al sistema de seguridad social y salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con la Empresas Promotoras de Salud - EPS, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.

Luz Andrea Bedoya R

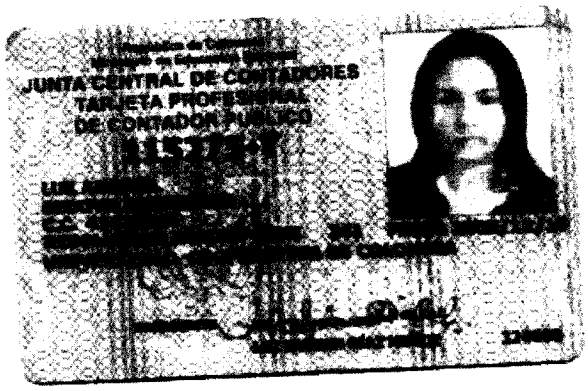
Firma

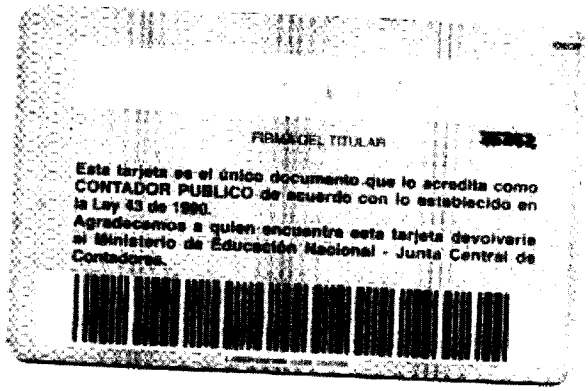
Identificación No 43.625.515

En calidad de Revisor Fiscal

Medellín, 04 de noviembre de 2025

Calle 60 Nro. 50 A-35 Celular: 314 620 61 40
Medellín-Colombia
E-mail: providenciasocialcristiana5@gmail.com


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFE
DE CONTADOR PUBLICO


FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B 1 2 D 4 6 0 8 1 3 7 4 6 7 C E

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
PROVIDENCIA SOCIAL CRISTIANA

Que el contador público **LUZ ANDREA BEDOYA RODRIGUEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 43625515 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 115275-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ******************************
*******************************************************************
******************************************************************

Dado en BOGOTA a los 21 días del mes de Agosto de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **43.625.515**
**BEDOYA RODRIGUEZ**
APELLIDOS
**LUZ ANDREA**
NOMBRES

Luz Andrea Bedoya R
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-1978**
**EBEJICO**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50** ESTATURA
**O+** G.S. RH
**F** SEXO

**09-DIC-1996 MEDELLIN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0100100-01053968-F-0043625515-20190104 **0064**020169A 1 9907080437

enlace operativo

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-11-04, 08:54:56 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | noviembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2025 |
| **Empresa** | CORPORACION CONGREGACION HERMANAS DE LA |
| **NIT** | NI 890906439 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 81411266 |
| **Tipo de Planilla** | Y |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1900894202 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 12.948.000 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 0 |
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 227.800 | $ 0 |
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 28 | $ 6.378.400 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EPS | 12 | $ 2.136.000 | $ 0 |
| N900604350 | EPS040 | ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | 1 | $ 178.000 | $ 0 |
| N900156264 | EPS041 | CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD | 1 | $ 178.000 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 19 | $ 3.382.000 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 32 | $ 240.000 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 12.948.000 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 12.948.000 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.**

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

EXPERTOS

enlace operativo

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-11-04, 09:00:17 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | octubre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2025 |
| **Empresa** | CORPORACION CONGREGACION HERMANAS DE LA |
| **NIT** | NI 890906439 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 80741112 |
| **Tipo de Planilla** | K |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1900914464 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 127.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 17 | $ 127.500 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 127.500 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 127.500 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.**

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Acompañamiento

Volver

Evaluar proveedor Imprimir < >

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Crear Plan Cancelar Plan Recepción no Planeada

| | Referencia | Fecha prevista de entrega | % ejecución prevista | Fecha real de entrega | % ejecución real | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pago 001 | 27/08/2025 12 00 PM | 20 00 | 4/08/2025 12 00 PM | 20.00 | Confirmado | Ver |
| | Pago 002 | 19/09/2025 12 00 PM | 36 36 | 9/09/2025 12:00 PM | 36.36 | Confirmado | Ver |
| | 003 | 16/10/2025 5 00 PM | 60 00 | 16/10/2025 12 00 PM | 60.00 | Confirmado | Ver |
| | Pago 004 | 11/11/2025 4 00 PM | 73 33 | 11/11/2025 4 00 PM | 73.33 | Confirmado | Ver |

## Plan de Pagos

| ıago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor neto de la factura | Valor total de la factura | Valor a pagar | Estado | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | EL1472 | 6/08/2025 12 00 AM | 4/08/2025 12 00 PM | 10.680 000 COP | 10 680.000 COP | 10.680 000 COP | Pagado | Detalle |
| 02 | EL1502 | 8/09/2025 12 00 AM | 17/09/2025 12 00 PM | 8 900 000 COP | 8 900 000 COP | 8 900 000 COP | Pagado | Detalle |
| 03 | EL1543 | 14/10/2025 12:00 AM | 16/10/2025 12 00 PM | 12.460 000 COP | 12 460.000 COP | 12.460.000 COP | Pagado | Detalle |
| 04 | EL1552 | 7/11/2025 12 00 AM | 11/11/2025 12:00 PM | 7 120 000 COP | 7 120.000 COP | 7.120 000 COP | Aprobado | Detalle |