



FORMATO
INFORME DE SUPERVISIÓN

CÓDIGO
F-AM-040

VERSIÓN
00

FECHA
01/07/2021

GRADO DE RESPONSABILIDAD

Mediante la suscripción de la presente acta, el interventor asume plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

INFORME No.	FECHA INFORME (DD/MM/AA)	CONTRATO NÚMERO	CDP	CRP
01	30-09-2025	230-2025	0460-0808	0912

CONTRATISTA

MARLENY RAMÍREZ CEBALLOS

IDENTIFICACIÓN

CC 43.410.413

SUPERVISOR

YORLEDY BIBIANA VASQUEZ MESA

IDENTIFICACIÓN

21.739.455


OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESTADO DE VULNERABILIDAD Y ABANDONO INSTITUCIONALIZADOS DEL MUNICIPIO DE FREDONIA.

Fecha de inicio contrato	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025			
Período del informe	Desde	19 DE SEPTIEMBRE DE 2025	Hasta	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Valor del contrato	CIENTO TREINTA MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUARENTA Y DOS M/ L \$130.942.042			
Plazo de ejecución del contrato	NOVENTA Y CINCO DIAS (95)			
Número del contrato	230-2025			

Aceptación de las actividades realizadas

1. Presentar la ficha gerontológica de cada adulto mayor y bitácora de atención.
Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.
2. Brindar el suministro Aseo y vestuario necesario para cada Adulto Mayor.
Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.
3. Suministrar a los Adultos Mayores un adecuado nivel nutricional.
Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.
4. Brindar estadía y alojamiento en instalaciones apropiadas para su atención con acceso a servicios públicos básicos.
Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.
5. Contar con el personal asistencial necesario para la atención de los adultos mayores.
Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.
6. Desarrollar actividades de atención y bienestar a nivel biopsicosocial con asistencia profesional.
Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN		
	CÓDIGO F-AM-040	VERSIÓN 00	FECHA 01/07/2021

	7. Administrar medicamentos por parte del personal del área de la salud acorde a las formulas medicas de cada uno de los adultos mayores y brindar servicio de enfermería las 24 horas. Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.				
	8. Ofrecer acompañamiento espiritual acorde a sus creencias. Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.				
	9. Acompañar los adultos mayores en teleasistencia: medicina general y especialidades en articulación con las respectivas EPS y tramites respectivos de fórmulas, citas. Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.				
	10. Contar con servicio de asistencia funeraria para los 24 adultos mayores. Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.				
	11. Contar con profesionales idóneos para prestación del servicio y la atención al usuario y comunidad en general. Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.				
	12. Prestar el servicio de forma continua, es decir, cuando por razones de fuerza mayor no se pueda brindar por bajo recaudo de estampilla Pro-Adulto Mayor, el centro lo hará con terceros, manteniendo la responsabilidad. Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación.				
	13. Informar ante la supervisión novedades de retiros o fallecimientos. Para este periodo no se tuvo novedad de esta obligación.				
	14. Presentar informes de avance y ejecución acorde a los parámetros establecidos por la supervisión del contrato Acorde al informe mensual se evidencia un cumplimiento de la obligación				
	Modificaciones o adiciones efectuadas al contrato	TIPO DE MODIFICACIÓN			
		Prórroga	Adición	Modificatorio	Aclaratorio
	Ninguna				
	Dificultades técnicas	A la fecha no se han presentado			
	Base de cotización a la Seguridad Social	SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA M/L \$7.680.000			
	Numero de planilla	34534410	Periodo reportado	SEPTIEMBRE	
Pagos realizados en virtud del contrato	Valor total contrato	\$18.706.006			
	Saldo por ejecutar	\$112.236.036			
Conclusiones y recomendaciones por parte del supervisor	Se concluye que acorde al informe de actividades presentado por el contratista y sus soportes se evidencia cumplimiento de las obligaciones contempladas en el contrato.				
CONSIDERANDO:					

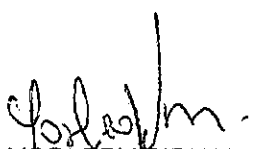
Se firma la presente acta en virtud de que las actividades efectuadas como parte de las obligaciones contempladas en el contrato fueron recibidas a entera satisfacción por parte del supervisor.

Se anexa para el correspondiente pago:

	FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN		
	CÓDIGO F-AM-040	VERSIÓN 00	FECHA 01/07/2021

- Documento que acredita que el contratista se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP y parafiscales, de él y de sus trabajadores, cuando a ello haya lugar, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. *(Si se trata de un contrato suscrito con persona natural, el ingreso base de cotización equivaldrá al 40% del valor mensual del contrato, sin que la cotización sea inferior a un IBC, del SMLMV).*
- Informe de actividades y/o cuenta de cobro presentado por el contratista.

Para constancia de lo anterior, firma el presente informe de supervisión a los treinta 30 días del mes de septiembre de 2025.



Nombre: YORLEDY BIBIANA VASQUEZ MESA
 Secretaria de Bienestar Social
 Supervisor Contrato No 230-2025

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
 PLANILLA NRO. 34534410
 REFERENCIA DE PAGO (PIN):
 Fecha Pago Planilla: 2025-09-01

DAFOS DEL APORTANTE

RAZÓN SOCIAL	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO ESCOBAR MEJIA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	890907056	D.V.	5	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CALLE 43 NO 50 05	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	MEDELLIN
ACTIVIDAD ECONOMICA	9499	CORREO ELECTRONICO	ASILO.CBAFREDDONI@GMAIL.COM	TELÉFONO	8403126
FAX	8403126	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL

Nro. DE IDENTIFICACIÓN	43410413	PRIMER APELLIDO	RAMIREZ	SEGUNDO APELLIDO	CEBALLIOS
PRIMER NOMBRE	MARLENY	SEGUNDO NOMBRE	DE JESUS		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN	
Año: 2025	Mes: 08	Año: 2025	Mes: 09	Sucursal	
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN	
9		\$17.715.205		34534410	

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES												
Clasificación	AFP	Días Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afili	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Substancia	Vlr no ret	
43413498	PROTECCION	25	\$1.186.250	0.1600000	\$189.800	\$0	\$0	\$189.800	\$0	\$0	\$0	
43410413	SINAFP	0	\$0	0.0000000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
43410413	SINAFP	0	\$0	0.0000000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
21739334	COMPENSIIONES	30	\$1.884.500	0.1600000	\$301.600	\$0	\$0	\$301.600	\$0	\$0	\$0	

SISTEMA GENERAL DE SALUD														
Clasificación	EPS	Días Cotizados	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
241151506	SAVIA SALUD	30	\$3.027.000	0.1250000	\$378.400	\$0	0	\$0	0	\$0	\$3.027.000	1	0.0052200	\$15.900
21739926	SAVIA SALUD	30	\$1.978.500	0.1250000	\$247.400	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.978.500	1	0.0052200	\$10.400
207496640	SALUD TOTAL	30	\$1.423.500	0.1250000	\$178.000	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.423.500	1	0.0052200	\$7.500
43414032	NUEVA E.P.S. S.A.	30	\$1.423.500	0.1250000	\$178.000	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.423.500	1	0.0052200	\$7.500
241151473	EPS SURA	30	\$2.912.000	0.1250000	\$364.000	\$0	0	\$0	0	\$0	\$2.912.000	1	0.0052200	\$15.300
241151372	SAVIA SALUD	30	\$1.423.500	0.1250000	\$178.000	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.423.500	89 09 07 05	0.0052200	\$7.500
43413498	NUEVA E.P.S. S.A.	25	\$1.186.250	0.1250000	\$148.300	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.186.250	89 09 07 05	0.0052200	\$6.200
43410413	EPS SURA	14	\$2.456.455	0.1250000	\$307.100	\$0	0	\$0	0	\$0	\$2.456.455	1	0.0052200	\$12.900
43410413	EPS SURA	16	\$1.988.395	0.1250000	\$248.600	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.988.395	1	0.0000000	\$0
21739334	NUEVA E.P.S. S.A.	30	\$1.884.500	0.1250000	\$235.600	\$0	0	\$0	0	\$0	\$1.884.500	1	0.0052200	\$9.900

APORTES PARAFISCALES

Función	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
1151506	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$3.027.000	0.0400000	\$121.100	0.0200000	\$60.600	0.0300000	\$90.900	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
739926	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$1.978.500	0.0400000	\$79.200	0.0200000	\$39.600	0.0300000	\$59.400	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
7496640	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$1.423.500	0.0400000	\$57.000	0.0200000	\$28.500	0.0300000	\$42.800	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
414032	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$1.423.500	0.0400000	\$57.000	0.0200000	\$28.500	0.0300000	\$42.800	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
1151473	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$2.912.000	0.0400000	\$116.500	0.0200000	\$58.300	0.0300000	\$87.400	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
1151372	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$1.423.500	0.0400000	\$57.000	0.0200000	\$28.500	0.0300000	\$42.800	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
413498	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	25	\$1.186.250	0.0400000	\$47.500	0.0200000	\$23.800	0.0300000	\$35.600	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
410413	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	14	\$2.456.455	0.0400000	\$98.300	0.0200000	\$49.200	0.0300000	\$73.700	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
410413	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	16	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0
739334	COMPENALCOANT1 OQUIACCF	30	\$1.884.500	0.0400000	\$75.400	0.0200000	\$37.700	0.0300000	\$56.600	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 08

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA													
STRADO	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL AFOR	VLR APORTE FONDO PENSION SOL	VLR APORTE FONDO PENSION SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR		
REP	1	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0		
ACION	2	\$417.600	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$417.600		
IONES	6	\$2.024.200	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$2.024.200		

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

STRADO	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPIC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR IMA	VLR NETO APORTE S DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPIC	SUBTOT AL APORTE S COT	SUBTOT AL APORTE S	RADICACION AUTOL O INICIA L	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR UPIC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPIC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
A	3	\$803.800	\$0	0	\$0	0	\$0	\$803.800	0	\$0	\$0	\$803.800	\$0	0	\$0	\$0	\$803.800	\$0	\$0	\$803.800

2025-09-09 14:12:23 ASOPAGOS SA -

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

SPRA A	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR IMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES S	RADICACION AUTOLIT	SALDO FAVOR PERIODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERIODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL. SALUD	TOTAL PAGAR
URA	2	\$919.700	\$0	0	\$0	0	\$0	\$919.700	0	\$0	\$0	\$919.700	\$0	0	\$0	\$0	\$919.700	\$0	\$0	\$919.700
VA S.	3	\$561.900	\$0	0	\$0	0	\$0	\$561.900	0	\$0	\$0	\$561.900	\$0	0	\$0	\$0	\$561.900	\$0	\$0	\$561.900
ID L	1	\$178.000	\$0	0	\$0	0	\$0	\$178.000	0	\$0	\$0	\$178.000	\$0	0	\$0	\$0	\$178.000	\$0	\$0	\$178.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

SPRA A	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT. PAGO INCAPACIDAD DES	VLR INCAPACIDAD DES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACION	DÍAS MORA	INT. MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD. AUTOLIT. ACCION INICIAL	SALDO A FAVOR PERIODO ANTERIOR	FONDO SOL. RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
IVA	9	\$93.100	0	\$0	\$0	\$93.100	0	\$0	\$93.100	0	\$0	\$0	\$93.100

TOTAL APORTES PARAFISCALES

OMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
NAICOANTOQUINACE	9	\$709.000	0	\$0	\$709.000
SENA	9	\$354.700	0	\$0	\$354.700
ICBF	9	\$532.000	0	\$0	\$532.000
ESAP	0	\$0	0	\$0	\$0
Minedu	0	\$0	0	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	4	\$2.463.400
PENSIONES	2	\$2.441.800
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$93.100
CAJAS DE COMPENSACION	1	\$709.000
SENA	1	\$354.700
ICBF	1	\$532.000
ESAP	1	\$0

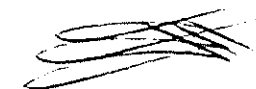
C E R T I F I C A D O

Certifico que el **CENTRO DE PROTECCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR "EDUARDO ESCOBAR MEJIA"**, identificado con el **NIT 890.907.056 - 5**, no ha sido declarada responsable penalmente por delitos contra la administración pública, el orden económico social, el patrimonio económico, así mismo no ha sido sancionado con declaración de caducidad de un contrato celebrado con una entidad pública o privada, ni procesos con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales **DIAN**, ni con la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales **UGPP**.

Certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en el Municipio de Fredonia (Antioquia), a los 30 días del mes septiembre de 2.025.



Ferney Alexis Florez Fernández.
Revisor Fiscal
TP 87801-T

Celular: 311 3659274
directorfredonia@hotmail.es
Fredonia - Antioquia