Alcaldía Municipal de MADRID Cundinamarca	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	GJC-F-069	VERSIÓN 5	FECHA DE EMISIÓN 08/10/2024

CONTRATO No.:	CPS-303-2026

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN :	FEBRERO	**No. DE PAGO:**	1

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	**LADY LILIANA RUBIO BULLA**	**C.C. / NIT:**	**1.073.172.784**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PSICOSOCÍAL EN LAS COMISARÍAS DE FAMILIA DEL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA	**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	7 MESES
		FECHA DE INICIO:	2/2/2026
		FECHA DE TERMINACIÓN:	1/9/2026
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**PAOLA ANDREA ORDUZ TOLEDO**	**CARGO:**	**DIRECTORA DE SEGURIDAD Y JUSTICIA**

INFORMACIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) No.:	**DIS- 2026000366**	**VALOR CDP:**	**89.980.800**	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN A LA FECHA:**
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.:	**RES- 2026000357**	**VALOR RP:**	**22.495.200**	
VALOR INICIAL CONTRATADO:	**22.495.200**	**VALOR PAGOS EFECTUADOS:**	**0**	**14%**
ADICIONES:	**0**	**VALOR PRESENTE PERIODO:**	**3.106.480**	
VALOR TOTAL CONTRATO:	**22.495.200**	**VALOR EJECUTADO:**	**3.106.480**	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO

OBLIGACIONES	EVIDENCIA	RESULTADOS ALCANZADOS
Realizar valoraciones psicológicas, psicosociales y comportamentales a los menores de edad asignados en la comisaria de familia.	Se anexa certificacion emitida por la Comisaria III de familia del Municipio de Madrid.	Se realiza violencia intrafamiliar y seguimientos bajo reportes y/o solicitudes expuesto ante la Autoridad Administrativa.
Brindar orientación psicosocial a la población víctima de violencia en el contexto familiar que se requiera en la comisaría de familia, con el fin de orientar y generar alternativas de solución a la problemática expuesta.	Se anexa certificacion emitida por la Comisaria III de familia del Municipio de Madrid.	Se brindara atención a Victimas de Violencia en el contexto Familiar, garantizando el tramite correspondiente ante solicitud de Medidas de Proteccion.
Realizar la verificación y establecer el nivel de vulneración de los derechos de las personas afectadas por violencia en el contexto familiar de acuerdo con la Ley 1098 de 2006 y el feminicidio, en los casos atendidos por la comisaria.	Se anexa certificacion emitida por la Comisaria III de familia del Municipio de Madrid.	Se realizará Verificación del nivel de Vulneración de Derechos en casos de Violencia Intrafamiliar conforme a la Ley 1098 de 2006, Ley 294 de 1996, Ley 1257 de 2008 y Ley 2126 de 2021.
Asistir a las mesas de trabajo y reuniones internas o externas que sean asignadas por el supervisor del contrato.	No se ejecuto esta obligacion	N/A
Brindar atención a la ciudadanía en temas de su competencia dando a conocer las rutas de atención de las Comisarías de Familia en los lugares que se requiera.	Se anexa certificacion emitida por la Comisaria III de familia del Municipio de Madrid.	Se brindara atención a los usuarios sobre las Rutas de Atención de Comisarias de Familia, permitiendo garantizar el acceso oportuno a los servicios de Protección, Apoyo y Justicia, con el fin de proteger sus Derechos en las diferentes problematicas.
Coadyuvar en el seguimiento de las medidas de protección a través de los mecanismos establecidos, como las visitas domiciliarias, con el objetivo de verificar el proceso de restablecimiento y garantía de derechos.	Se anexa certificacion emitida por la Comisaria III de familia del Municipio de Madrid.	Se brindara acompañamiento a Victimas de Violencia en el contexto Familiar, con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de medidas de protección y su estado emocional.
Participar en las actividades programadas por la alcaldía Municipio Madrid cuando el supervisor del contrato lo requiera.	No se ejecuto esta obligacion	N/A
Las demás obligaciones asignadas por el supervisor que permitan el cabal cumplimiento del objeto contractual.	No se ejecuto esta obligacion	N/A

SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	ENTIDAD	MES	VALOR	FECHA DE PAGO			No PLANILLA
SALUD	*NUEVA EPS*	*FEBRERO*	*218.900*	*20*	*2*	*2026*	*1079769298*
PENSION	*PORVENIR*	*FEBRERO*	*280.200*	*20*	*2*	*2026*	*1079769298*
RIESGOS PROFESIONALES	*COLMENA*	*Aporte realizado por la administraciòn, ya que me encuentro registrado con riesgo 5.*					

CUENTA DE COBRO	SI X	NO	**DATOS DE LA FACTURA**	SI	NO
EL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA - NIT 899.999.325-8			No. DE FACTURA:		
DEBE A: LADY LILIANA RUBIO BULLA - C.C 1.073.172.784			RESOLUCIÓN DIAN:		
Por concepto de prestación de Servicios, arriba relacionados, la suma de:			FECHA:		
TRES MILLONES CIENTO SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS MONEDA CORRIENTE ($3.106.480)			VALOR:		
FIRMA DEL CONTRATISTA					

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, durante el periodo relacionado.

Que de igual forma, el contratista ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social integral y parafiscal en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, artículo 23 de la ley 1150 y artículo 135 de la ley 1753 de 2015.

En razón a ello, autorizo el pago conforme a la información descrita en el presente informe. **A LA FECHA CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCION LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS Y EL OBJETO DEL CONTRATO, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZÓ DAR TRAMITE AL SIGUIENTE PAGO.**

REVISÓ Y APROBÓ: AK	**PAOLA ANDREA ORDUZ TOLEDO**	