

 <p>Alcaldía de La Ceja del Tambo</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN</b>		Código: F-CT-032
			Versión: 08
			Fecha: 01/09/2025
			Página: 1 de 8

<b>CONTRATO CONVENIO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NÚMERO:</b>	2026.10.11.06.322 ✓
	<input type="checkbox"/>	<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	19/01/2026 ✓
<b>OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA PARA ACOMPAÑAR Y ORIENTAR EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE LA CEJA, DESDE UN ENFOQUE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, MEDIANTE LA INTERVENCIÓN DE LOS GRUPOS PREVIAMENTE IDENTIFICADOS EN EL COMPONENTE EDUCATIVO".</b>			
<b>DEPENDENCIA CONTRATANTE / ASOCIADA:</b>		SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
<b>CONTRATISTA / ASOCIADO</b>	<b>NOMBRE:</b>	MIRYAM ARBELAEZ DIAZ ✓	
	<b>CEDULA / NIT</b>	43420787 ✓	
<b>VALOR INICIAL [\$]:</b>	CUARENTA Y SEIS MILLONES SEICIENTOS TRES MIL SEICIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ML. (46.603.667) ✓		
<b>PLAZO:</b>	304 DIAS ✓		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO EN SECOP:</b>	SECOP II, CO1.SLCNTR.16648302		

<b>1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO</b>
Periodo de Cobro: 2 de mayo al 1 de junio 2026 ✓

<b>2. COMPONENTE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO</b>		
<b>Registro Presupuestal:</b>	N.º. 458 ✓	<b>Fecha: Día: 21 Mes: 1 Año: 2026 (Fecha del registro presupuestal)</b> ✓
<b>Requiere Pólizas de Garantías (*)</b>	SI NO <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha: Día: Mes: Año: (Fecha de expedición de la Póliza)</b>
<b>Fecha de inicio (*):</b> (*) Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio	Fecha: Día :02 Mes: 02 Año: 2026 ✓	
<b>Duración total del contrato:</b>	304 días ✓	
<b>Fecha de terminación del contrato:</b>	Fecha: Día: 05 Mes: 12 Año: 2026 ✓	

<b>2.1. PRÓRROGAS</b>	
<b>Contrato adicional No:</b>	<b>Tiempo (días calendario)</b>
1	
2	





Alcaldía de  
La Ceja del Tambo

## INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 2 de 8

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

<b>CUENTA</b>	Corriente	Ahorros	x	Número Cuenta: 914036900	Banco: banco de Bogotá
---------------	-----------	---------	---	--------------------------	------------------------

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

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





# INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 3 de 8

### 3. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

1. Valor Contrato:	\$46.603.667	✓
2. Valor Cofinanciación (Para convenios):	\$	
3. Valor Anticipo o Pago anticipado.	\$	
4. Valor Pago (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista)	\$4.599.046	✓
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).	\$18.396.184	✓

### 3.1 RENDIMIENTOS

El contrato o convenio generó rendimientos: SI  NO

Período de generación de rendimientos (Fecha de inicio-Fecha de corte)	Valor de rendimientos (\$)	Fecha de consignación de rendimientos	Anexa recibo (SI/NO)

### 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   
4651224426

Se revisó certificado firmado por el Revisor Fiscal y/o Representante Legal de Nombre de la entidad 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
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

#### 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  NO   
(Marque X)  
X





# INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 4 de 8

*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.*

## 5. COMPONENTE TÉCNICO

### 5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO**

39.47% ✓

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

N.º	Actividades u obligaciones	Tareas desarrolladas en el período de Pago
1	Realizar visitas y acompañamiento a los adultos mayores, priorizando la atención para adultos con limitaciones de movilidad o dificultades de asistir a centro día	Realizó acompañamiento en CENTRO DÍA TE ESCUCHA en el corregimiento san José.
2	Evaluar y caracterizar la salud mental de la población del adulto mayor, identificando factores de riesgo, necesidades psicosociales niveles de bienestar emocional, con el fin de orientar la intervención individual y grupal.	La contratista realizó la planeación" EL DÍA MUNDIAL DE TOMA DE CONCIENCIA DEL ABUSO Y MALTRATO EN LA VEJEZ. Como evento de salud mental para mitigar y prevenir las situaciones de violencia y maltrato que presentan los adultos. La contratista gestionó la visita de los adultos de la huerta a la UAI, para analizar la huerta productiva de esta población.
3	Diseñar, implementar, y hacer seguimiento a estrategias de intervención psicoeducativa, preventiva y de promoción de la salud mental, adaptada a los diferentes grupos, previamente identificados, en el componente educativo	La contratista realizó presentación de talleres enfocados en habilidades sociales con grupos de trabajo en salud mental, de primeros auxilios psicológicos, la huerta, escuela de emociones II, cuidadores, líderes y cabildantes. Haciendo seguimiento y acompañamiento constante a los diferentes grupos de adultos.
4	Facilitar talleres charlas y actividades grupales orientadas al fortalecimiento del bienestar emocional, la autoestima, la resiliencia y las habilidades de afrontamiento en el adulto mayores	La contratista realizó, 8 talleres a los grupos de adultos mayores, sobre el tema de empatía.
5	Brindar orientación acompañamiento y apoyo psicológico a los adultos mayores cuando sea pertinente a sus familiares formando la corresponsabilidad en el cuidado y la inclusión social en esta población.	En el centro de escucha atendió 12 adultos mayores de los cuales activó, 5 rutas de atención.
6	Participar activamente en la planificación seguimiento, evaluación del programa de salud	La contratista realizó seguimiento y planeación del programa de mayo florece sin violencia, y acompañó





# INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 5 de 6

	mental del municipio, asistiendo reuniones, comités, y espacios de coordinación con la secretaria de salud y de protección social, la dirección de atención al adulto mayor y demás actividades involucradas.	el café concierto con los cuidadores. Realizando el informe final de la estrategia. También llevó a cabo el módulo de bibliotecas doradas, actividad que se realizó con la mesa de víctimas el conflicto armado del municipio.
7	Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la dirección de atención al adulto mayor o el supervisor del contrato, siempre que guarden relación directa con el objetivo contractual	Realizó los factores de riesgo psicosocial con la psicóloga de salud designada para centro día. Asistió a la formación sobre gerogogia, ofrecido por la UCO

**OBSERVACIONES:** (Diligenciar en el evento de tener alguna observación frente al cumplimiento de las actividades)

## 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:

### 5.3.1. Durante la ejecución del contrato se generaron los siguientes pagos:

ACTA DE PAGO No	FECHA Y NÚMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO	VALOR TOTAL
1		
2		
3		
4		
5		

## 5.4 LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO

Se liquida el contrato:    SI                    NO: X





## INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 6 de 6

### 5.4.1 Resumen del Balance:

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

### 5.4.2 Aprobación de liquidación

Posterior al pago adeudado, apruebo que se proceda Si  NO  con su liquidación, así:

BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	MONTO
Valor total del contrato	
Valor pendiente de pago	
Saldo a liberar	

**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





Alcaldía de  
La Ceja del Tambo

## INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 7 de 8

1. Informe de ejecución presentado por: MIRYAM ARBELAEZ DIAZ.
2. Cuenta de cobro 004
3. Certificado de paz y salvo por pago de Seguridad Social número 4651224426 del mes de abril con el operador SOI. Riesgos Profesionales, Pensiones.
4. Aportes Parafiscales, firmado por el Revisor Fiscal y/o el Representante Legal de la Entidad.
5. Soportes que evidencien el desarrollo de las actividades contractuales tales como registros fotográficos, planillas, constancias, actas u otros

### EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





Alcaldía de  
La Ceja del Tambo

## INFORME DE SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN

Código: F-CT-032

Versión: 08

Fecha: 01/09/2025

Página: 8 de 8



### 7. VALIDACIÓN DEL PAGO

El secretario/director/jefe de oficina de secretaria de salud y Protección Social, en calidad de ordenador del gasto, conozco y apruebo el informe de actividades y contenido del presente informe de Supervisión, por lo que apruebo realizar el pago correspondiente, según información plasmada por el Supervisor del mismo.

Wilfer Alberto Otalvaro Pérez

Andrea Franco Flórez

**Nombre del Ordenador del gasto**

**Nombre del Supervisor y/o Interventor**

Firma del Ordenador del Gasto  
Cédula Nro.: 70303591

Firma Supervisor y/o Interventor  
Cédula Nro.: 39191190

