## 1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número 02

## 2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. 4145.010.26.1.1472-2023

Nombre completo del contratista: JHOAN ALEXIS ACEVEDO BEDOYA

Documento de identificación: 1.193.083.964

Nombre del supervisor: OLGA LUCIA CUELLAR MEJIA

Organismo: SECRETARIA DE SALUD DISTRITO ESPECIAL

Objeto del contrato:
Prestar servicios de apoyo a la gestión al Proceso Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Santiago de Cali Grupo de Salud Ambiental, en las actividades de Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, en cumplimiento del proyecto MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN EN LA PREVENCIÓN Y VIGILANCIA DE INSECTOS VECTORES DE ENFERMEDADES EN SANTIAGO CALI, FICHA BP 26003060

## 3. INFORME JURÍDICO

| Fecha de Inicio | Fecha terminación |
|---|---|
| 30 de Mayo de 2023 | 29 de Diciembre de 2023 |

Modificación(es) al contrato: N/A

Suspensión: N/A

Reanudación: N/A

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

Cesión:N/A

Terminación anticipada: N/A

## 4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor inicial del contrato: Es hasta por la suma de *DIECISEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ($ 16.144.000)*

Adición: N/A

Prórroga: N/A

Información para Retención en la fuente:

| Para efectos de disminución de la base de retención en la fuente, anexo copia legible de los siguientes documentos: | SI | NO |
|---|---|---|
| • Recibo de consignación en mi cuenta de Apoyo al Fomento de la Construcción AFC del periodo de la cuota. | | X |
| • Recibo de consignación en mi cuenta del Fondo de Pensiones voluntarias del periodo de la cuota. | | X |

Información:

| Valor Total del Contrato | Valor Cuota a cancelar | Valor Acumulado Cancelado | Saldo por Cancelar |
|---|---|---|---|
| $16.144.000 | $2.018.000 | $2.018.000 | $12.108.000 |

Información del pago de seguridad social:

| Obligación | Datos Certificación o Planilla de Pago |
|---|---|
| Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales | No. Planilla: 9452109853<br>No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: 2127818450<br>Operador: APORTES EN LINEA<br>Fecha de Pago:08-06-2023<br>Periodo de pago de la seguridad social: Mayo-2023 |

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

Observaciones al informe financiero y contable: No aplica para pago de estampilla pro Bienestar adulto mayor

## 5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor:

| | |
|---|---|
| 1 | **Apoyar las acciones de prevención y control de vectores en alguno de los entornos de vida cotidiana (hogar, educativo, institucional o comunitario)**<br>Durante este periodo el contratista realizó control a sumideros y monitoreo de los mismos en vía pública donde se diagnosticó e identificó su estado, se le aplicó (vetobac) para así promover entornos para la vida. Se visitaron las comunas (6, 2, 17, 16, 14, 11, 8 y 19). |
| 2 | ~~**Garantizar la custodia de insumos, materiales o equipos entregados para el desarrollo de la actividad de prevención y control.**~~<br>El contratista diligencio el Formato de control diario de insumos, materiales o equipos con Visto bueno del apoyo de la coordinación |
| 3 | **Apoyar la realización de las acciones intra y extramurales de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectore.**<br>Durante este periodo al contratista no se le programaron acciones intra y extramurales de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores |

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

Recibo a Satisfacción de Servicios:
Con la firma del presente informe se deja constancia del recibo a satisfacción por parte del MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, de los servicios prestados pactados en el CN/Aceptación de Oferta No. _____
Nota: En caso de no recibir a satisfacción los bienes o servicios, se deberán consignar los motivos y circunstancias en el campo “Observaciones

Constancia de Paz y Salvo :
Que el Contratista_____identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, vinculado a la Secretaria de Salud Distrital, mediante contrato de Prestación de Servicios No._____2023, durante el tiempo comprendido entre el_____de 2023, y el_____de 2023, a la fecha no posee elementos devolutivos a su cargo de propiedad del Municipio de Santiago de Cali, entregados por parte de esta oficina.

Así mismo se encuentra a Paz y Salvo del Archivo de Gestión Documental, ORFEO y otros sistemas, entrego Backup al área de Sistemas

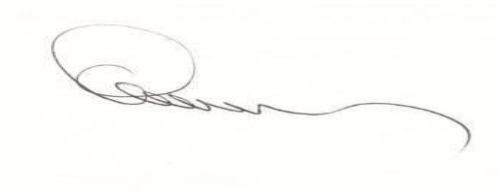
Observaciones al informe técnico:
Realizar la verificación de las evidencias en el CD que se anexa el cual reposa en la oficina jurídica de la SSPM

## 6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

Durante este periodo no se hicieron observaciones

## 7. FIRMAS RESPONSABLES

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.



OLGA LUCIA CUELLAR MEJIA
Nombre y firma del Supervisor

Nombre y firma del Apoyo a la Supervisión (Incluir cuando aplique)

Fecha de suscripción del informe de supervisión: 14 de Junio de 2023

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.