ALCALDÍA DE FLORENCIA NIT No. 800.095.728-2	CÓDIGO A2.P07.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 27/05/2022
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA DE SUPERVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN PÁGINA: 1 de 6

ACTA No. 006 DE SUPERVISIÓN

En las instalaciones de la Secretaría de Salud Municipal del Municipio de Florencia, se reunieron, por un lado, en representación del Municipio de Florencia:

SUPERVISOR	JHONATHAN ALBERTO SALAZAR MENDEZ
TIPO Y No. IDENTIFICACION	C.C. No. 17.690.441 DE FLORENCIA - CAQUETÁ
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Y por el otro:

CONTRATISTA:	CRISTIAN GUSTAVO GOMEZ
TIPO Y No. IDENTIFICACION	C.C. No. 17.689.353 DE FLORENCIA - CAQUETÁ
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	N/A
TIPO Y No. IDENTIFICACION	N/A

Una vez recepcionado el informe de ejecución de actividades presentado por parte de CRISTIAN GUSTAVO GOMEZ referente al Contrato de Prestación de Servicios No. 20250439 del 16 de mayo de 2025.

TIPO	**CONTRATO DE APOYO A LA GESTION**
No.	20250439
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN EL MUNICIPIO DE FLORENCIA.
FECHA DE CELEBRACIÓN	16 DE MAYO DEL 2025
PLAZO	EL PLAZO DE EJECUCION DEL OBJETO DEL CONTRATO ES DE **SIETE (07) MESES**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, EN TODO CASO SIN EXCEDER 31 DE DICIEMBRE DE 2025.
VALOR	EL VALOR DEL CONTRATO ES POR LA SUMA DE **VEINTE MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($20.300.000) M/CTE**. ESTE VALOR INCLUYE IMPUESTOS, ESTAMPILLAS Y TODOS LOS DEMAS GASTOS QUE LE SEAN APLICABLES EN LOS QUE DEBA INCURRIR EL CONTRATISTA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

FORMA DE PAGO

EL PAGO SE HARA DE LA SIGUIENTE FORMA:

No. DE PAGO	VALOR	PERIODICIDAD
1	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS
2	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS
3	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS
4	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS
5	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS
6	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS
7	DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE	MENSUALIDADES VENCIDAS

LOS PAGOS SE REALIZARÁN POR PARTE DE LA ENTIDAD, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

PRIMER CUENTA:

1. HOJA DE RUTA
2. FOTOCOPIA DEL CONTRATO, RUT, CERTIFICACION DE DISPONIBILIDAD, REGISTRO PRESUPUESTAL Y ACTA DE INICIO.
3. ACREDITACION DEL PAGO DE IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES NECESARIAS PARA LA LEGALIZACION.
4. INFORME DEL CONTRATISTA Y EVIDENCIAS DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO.
5. LAS PERSONAS NATURALES PRESENTARAN PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DEL PERIODO EJECUTADO. APLICA/NO APLICA.
6. LAS PERSONAS JURIDICAS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICACION DE ENCONTRARSE AL DIA CON LOS APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DEL REVISOR FISCAL (SI POR LEY ESTA OBLIGADOS A TENER) O DEL REPRESENTANTE LEGAL DENTRO DE LOS ULTIMOS SEIS MESES Y LAS PLANILLAS DE PAGO DEL PERIODO CORRESPONDIENTE.
7. FORMATO DILIGENCIADO PARA LA APLICACIÓN DE RENTAS LABORALES. APLICA/ NO APLICA.
8. FACTURACION O DOCUMENTO EQUIVALENTE Y CERTIFICACION BANCARIA.
9. ACTA DE SUPERVISION.
10. ENTRADA A ALMACEN. APLICA/NO APLICA

	11. EXTRACTO DE PUBLICACION EN EL SECOP DONDE SE EVIDENCIE LA PUBLICACION DEL INFORME DE ACTIVIDADES EN LA SECCION "PLAN DE PAGOS". **PARA LAS CUENTAS DIFERENTES A LA PRIMERA SE REQUIERE:** 1. HOJA DE RUTA 2. INFORME DEL CONTRATISTA Y EVIDENCIAS DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO. 3. LAS PERSONAS NATURALES PRESENTARAN PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DEL PERIODO EJECUTADO. APLICA/NO APLICA. 4. LAS PERSONAS JURIDICAS DEBERAN PRESENTAR CERTIFICACION DE ENCONTRARSE AL DIA CON LOS APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DEL REVISOR FISCAL (SI POR LEY ESTA OBLIGADOS A TENER) O DEL REPRESENTANTE LEGAL DENTRO DE LOS ULTIMOS SEIS MESES Y LAS PLANILLAS DE PAGO DEL PERIODO CORRESPONDIENTE. 5. FORMATO DILIGENCIADO PARA LA APLICACIÓN DE RENTAS LABORALES. APLICA/ NO APLICA. 6. FACTURACION O DOCUMENTO EQUIVALENTE Y CERTIFICACION BANCARIA. 7. ACTA DE SUPERVISION. 8. EXTRACTO DE PUBLICACION EN EL SECOP DONDE SE EVIDENCIE LA PUBLICACION DEL INFORME DE ACTIVIDADES EN LA SECCION "PLAN DE PAGOS". PARA EL ULTIMO PAGO: ADEMAS DE LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS PARA LAS CUENTAS DIFERENTES A LA PRIMERA, SE DEBERÁ ALLEGAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO.
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD INICIAL	2025000870 DEL 06 DE MAYO DE 2025
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD ADICIONAL	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL INICIAL	2025000900 DEL 16 DE MAYO DE 2025
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL	N/A
No. GARANTÍA	CHU-100047898 DEL 16 DE MAYO DE 2025
MODIFICACIONES A LA GARANTIA	N/A

SEGURIDAD SOCIAL	Salud: NUEVA E.P.S. Pensiones: PORVENIR Riesgos Profesionales: POSITIVA Aporte Parafiscales: N/A		
FECHA DE INICIO	22 DE MAYO DE 2025		
PLAZO INICIAL	EL PLAZO DE EJECUCION DEL OBJETO DEL CONTRATO ES DE **SIETE (07) MESES**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, EN TODO CASO SIN EXCEDER 31 DE DICIEMBRE DE 2025.		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	21 DE DICIEMBRE DE 2025		
FECHA TERMINACIÓN FINAL	N/A		
VALOR EJECUTADO	$ 14.500.000		
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	$ 5.800.000		
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO	$ 0		
VALOR PAGADO	$ 11.600.000		
VALOR A PAGAR	$ 2.900.000		
PERIODO EJECUTADO:	DEL 22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025		
INFORMACION ANTICIPO			
% ANTICIPO	____%	**VALOR:**	N/A
FEHCA DE DESMBOLSO	N/A		
	No. ACTA	**VALOR**	
AMORTIZACION REALIZADA	N/A	N/A	
	N/A	N/A	
	Total amortizado:	**N/A**	
VALOR POR AMORTIZAR EN ESTA ACTA	N/A		
SALDO POR AMORTIZAR	N/A		

RL= Representante Legal; NA= No Aplica; ND= No Disponible

El Supervisor manifiesta que ha adelantado en ejercicio de la supervisión las siguientes actividades:

1. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025.** se apoyó a la ejecución de actividades de promoción, prevención y control físico y químico de acuerdo a los protocolos de las ETV (Enfermedades Trasmitidas por Vectores) según situación epidemiológica. Fuente de verificación: Formato de levantamiento de índice Aedico, caracterización de la población atendida con enfoque diferencial, encuesta ante la notificación de Dengue grave o mortales, formato de fumigación (en los casos que aplique), registro fotográfico con coordenadas y acta de constancia de actividades en el sector salud. Mínimo (80) viviendas visitadas mensualmente en los barrios, **el día (**15 de OCTUBRE de 2025 se realizó levantamiento de índice en el barrio **ALTOS DE CAPRI**, el día (21 de OCTUBRE de 2025), se realizó el Levantamiento de Indicé en el siguiente barrio: **LA LIBERTAD**, del municipio de Florencia.

ALCALDÍA DE FLORENCIA NIT No. 900.095.728-2	CÓDIGO A2.P07.F01	ALCALDÍA DE FLORENCIA, CAQUETÁ	FECHA DE EMISIÓN 27/05/2022
	VERSIÓN 1.0	FORMATO ACTA DE SUPERVISIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN
			PÁGINA: 5 de 6

2. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** se realizó actividades de promoción prevención y control físico y químico de acuerdo a los protocolos de las ETV (Enfermedades Trasmitidas por Vectores) de establecimientos públicos/privados urbanos/rurales, establecimientos como piscinas, escenarios deportivos, instituciones educativas, cementerios, IPS, centros de adulto mayor, cantones militares y de policía, centros penitenciarios, centro de detención de menores, entre otros. Fuente de verificación: Formato acta de visita a establecimientos, caracterización de la población atendida con enfoque diferencial, registro fotográfico con coordenadas y acta de constancia de actividades en el sector salud. Mínimo (02) establecimientos visitados mensualmente. Se visitó al establecimiento con factores de riesgo al **SUPERMERCADO EL PRIMO** El día **29/09/2025** y el día **20/10/2025 SUPERMERCADO EL PRIMO.**

3. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** se apoyó las investigaciones epidemiológicas y de campos relacionados con las ETV (Dengue, Zika, Chicongunya, Oropuche, Malaria, Chagas Leishmaniasis y Fiebre amarilla) según caso reportados por el programa SIVIGILA en el área asignada. Fuente de verificación: Formato de encuesta domiciliaria, levantamiento de índice aedico, registro fotográfico con coordenadas caracterización de la población atendida con enfoque diferencial, formato acta de constancia de actividades en el sector salud, no se presentaron casos, se soporta certificación por parte del supervisor

4. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** se apoyo mensualmente mínimo DOS (02) jornada de barrido sanitario para la prevención y control de dengue en el municipio de Florencia o área de influencia. Recolección de inservibles. Se realizó en el barrio **LA LIBERTAD**, el día **01/10/2025** , también se realizó el barrido sanitario el día **03 de OCTUBRE de 2025**, se llevó a cabo la actividad en el barrio **ALTOS DE CAPRI**, Incluye actividades de promoción y prevención dirigidas a treinta (30) personas por jornada. Fuente de verificación: acta de constancia de actividades en el sector salud, caracterización de la población atendida con enfoque diferencial, registro fotográfico.

5. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** se desarrollar actividades de capacitación en la prevención de enfermedades trasmitidas por vectores por medio de actividades de educación dirigidas a instituciones educativas (Rural y/o urbana) y/o población en general. Fuente de verificación: registro fotográfico con coordenadas, Actas de constancia de actividades en el sector salud, registro de asistencia a la población atendida con enfoques diferencial. Visitar en el mes por lo menos una (1) institución educativa y/o mínimo ciento treinta (100) personas capacitadas de población en general, **I.E ANTONIO RICAUTE – JORNADA SABATINA.**, el día **27/09/2025**, con un total de 107 capacitaciones,

6. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** se apoyó en la realización del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de control del programa ETV **el día 14/10/2025.** Mínimo un (01) mantenimiento completo y preventivo del equipo asignado por mes. Fuente de verificación: Diligenciamiento de formato de mantenimiento de equipo y registro fotográfico.

7. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** se participó en capacitación por parte de la **LAS TIC**, el **dia 21 de OCTUBRE de 2025.,** Demás actividades asignadas por necesidad del servicio y que tengan relación con el objeto contractual. Fuente de verificación: Formato de asistencia, registro fotográfico.

8. Para el periodo entre el **22 DE SEPTIEMBRE AL 21 DE OCTUBRE DE 2025** Las demás que le sean asignadas por su supervisor y sean acordes con el objeto del contrato no se asignó ninguna actividad por parte del supervisor,

se realizó acompañamiento a la actividad realizada por la alcaldía, Se realizó apoyo a la actividad de de **BRIGADA DE SALUD** que fue realizada por secretaria de salud y la Alcaldía en el **ASENTAMIENTO HUMANO CALDAS**, el día **09 de OCTUBRE de 2025**

Durante el periodo comprendido del 22 de septiembre al 21 de octubre de 2025.

De otra parte, el Supervisor efectúo la verificación del cumplimiento de las referentes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales, y se corrobora el pago de la seguridad social del mes de septiembre, así:

Periodo pagado:	**SEPTIEMBRE**	
No. Planilla	34788601	Empresa liquidadora: ASOPAGOS
Salud	EPS: NUEVA EPS	$ 178.000
Pensión	FONDO DE PENSIONES: PORVENIR	$ 227.800
Riesgos Profesionales	ARL: POSITIVA	$ 34.700
	TOTAL:	**$ 440.500**

Teniendo en cuenta lo anterior, se suscribe la presente acta en aval del cumplimiento de las actividades desarrolladas a satisfacción del Municipio y se autoriza el pago de esta en cuantía de DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE, adjuntándose copia del informe a la presente acta.

Para constancia de lo anterior, firman por quién en ella intervienen.

Dada en la ciudad de Florencia, Departamento del Caquetá, a los doce (12) días del mes de noviembre de 2025.

Nombre: **JHONATHAN ALBERTO SALAZAR MENDEZ**	Nombre **CRISTIAN GUSTAVO GOMEZ**
Cargo: Profesional Universitario	[Rep. Legal]: N/A
Supervisor	Contratista

Proyectó	DIANA MILENA ROJAS ARAQUE	Cargo	PROFESIONAL - CONTRATISTA	Firma	
Revisó	JHONATHAN ALBERTO SALAZAR MENDEZ	Cargo	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Firma	