## ACTA No. 011 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:** | CARLOS ANDRES ARENAS BARRERA |
| **TIPO Y No. IDENTIFICACION** | C.C. No. 6.802.910 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 CARLOS ANDRES ARENAS BARRERA referente al Contrato de Prestación de Servicios No. 20250353 del 25 de marzo de 2025.

| | |
|---|---|
| **TIPO** | **CONTRATO DE APOYO A LA GESTION** |
| **No.** | 20250353 |
| **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** | 25 DE MARZO DEL 2025 |
| **PLAZO** | EL PLAZO DE EJECUCION DEL OBJETO DEL CONTRATO ES DE **SIETE (07) MESES Y QUINCE (15) DIAS**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, EN TODO CASO SIN EXCEDER 31 DE DICIEMBRE DE 2025.<br><br>**ADICIÓN:** PRORROGAR EL CONTRATO POR EL TERMINO DE **UNO (01) MES Y VEINTITRES (23) DIAS,** EN TODO CASO SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025. |

| | |
|---|---|
| **VALOR** | EL VALOR DEL CONTRATO ES POR LA SUMA DE **VEINTIUN MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($21.750.000) M/CTE**. ESTE VALOR INCLUYE IMPUESTOS, ESTAMPILLAS Y TODOS LO DEMAS GASTOS QUE LE SEAN APLICABLES EN LOS QUE DEBA INCURRIR EL CONTRATISTA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.<br><br>**ADICION:** ADICIONAR PRESUPUESTALMENTE EL VALOR DE **CINCO MILLONES CIENTO VENTITRÉS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($5.123.333) M/CTE.** |
| **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 |
| 8 | DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE | MENSUALIDADES VENCIDAS |
| 9 | DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($2.900.000) M/CTE | MENSUALIDADES VENCIDAS |
| 10 | SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($733.333) M/CTE | FRACCION DE 8 DIAS |

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.<br>5. LAS PERSONAS NATURALES PRESENTARAN PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DEL PERIODO EJECUTADO. APLICA/NO APLICA.<br>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.<br>7. FORMATO DILIGENCIADO PARA LA APLICACIÓN DE RENTAS LABORALES. APLICA/ NO APLICA.<br>8. FACTURACION O DOCUMENTO EQUIVALENTE Y CERTIFICACION BANCARIA.<br>9. ACTA DE SUPERVISION.<br>10. ENTRADA A ALMACEN. APLICA/NO APLICA<br>11. EXTRACTO DE PUBLICACION EN EL SECOP DONDE SE EVIDENCIE LA PUBLICACION DEL INFORME DE ACTIVIDADES EN LA SECCION "PLAN DE PAGOS".<br><br>**PARA LAS CUENTAS DIFERENTES A LA PRIMERA SE REQUIERE:**<br><br>1. HOJA DE RUTA<br>2. INFORME DEL CONTRATISTA Y EVIDENCIAS DE ACUERDO A LA NATURALEZA DEL CONTRATO.<br>3. LAS PERSONAS NATURALES PRESENTARAN PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DEL PERIODO EJECUTADO. APLICA/NO APLICA.<br>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.<br>5. FORMATO DILIGENCIADO PARA LA APLICACIÓN DE RENTAS LABORALES. APLICA/ NO APLICA.<br>6. FACTURACION O DOCUMENTO EQUIVALENTE Y CERTIFICACION BANCARIA.<br>7. ACTA DE SUPERVISION.<br>8. EXTRACTO DE PUBLICACION EN EL SECOP DONDE SE EVIDENCIE LA PUBLICACION DEL INFORME DE ACTIVIDADES EN LA SECCION "PLAN DE PAGOS". |

| | |
|---|---|
| | PARA EL ÚLTIMO PAGO: ADEMAS DE LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS PARA LAS CUENTAS DIFERENTES A LA PRIMERA, SE DEBERÁ ALLEGAR EL CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO. |
| **CERTIFICADO DISPONIBILIDAD INICIAL** | 2025000250 DEL 29 DE ENERO DE 2025 |
| **CERTIFICADO DISPONIBILIDAD ADICIONAL** | 2025000863 DEL 06 DE MAYO DE 2025 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL INICIAL** | 2025000601 DEL 25 DE MARZO DE 2025 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL ADICIONAL** | 2025002482 DEL 04 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **No. GARANTÍA** | 41-46-101020243 DEL 25 DE MARZO DE 2025 |
| **MODIFICACIONES A LA GARANTIA** | 41-46-101020243 – ANEXO 1 DEL 04 DE NOVIEMBRE DE 2025<br>41-46-101020243 – ANEXO 2 DEL 04 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **SEGURIDAD SOCIAL** | Salud: NUEVA E.P.S.<br>Pensiones: COLPENSIONES<br>Riesgos Profesionales: POSITIVA<br>Aporte Parafiscales: N/A |
| **FECHA DE INICIO** | 26 DE MARZO DE 2025 |
| **PLAZO INICIAL** | EL PLAZO DE EJECUCION DEL OBJETO DEL CONTRATO ES DE **SIETE (07) MESES Y QUINCE (15) DIAS**, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, EN TODO CASO SIN EXCEDER 31 DE DICIEMBRE DE 2025. |
| **FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL** | 09 DE NOVIEMBRE DE 2025 |
| **FECHA TERMINACIÓN FINAL** | 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| **VALOR EJECUTADO** | $ 26.100.000 |
| **VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR** | $ 773.333 |
| **SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO** | $ 0 |
| **VALOR PAGADO** | $ 23.200.000 |
| **VALOR A PAGAR** | $ 2.900.000 |
| **PERIODO EJECUTADO:** | DEL 26 DE NOVIEMBRE AL 25 DE DICIEMBRE 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. El contratista realizo 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) que incluye un barrio visitado mensualmente. Los días 1,4 de diciembre se realizó el Levantamiento de Indicé en los siguientes barrios del municipio de Florencia: con los siguientes barrios: LAS PALMERAS SECTOR 1 Y KENEDY.

2. El contratista Realizo 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 realizaron actividades de prevención y control en los establecimientos: COLEGIO SHALOM y HOGAR COMUNITARIOS depósitos negativos. Se realizó un recorrido por cada una de las instalaciones verificando la presencia del vector y revisando los planes de saneamiento básico de las instituciones.

3. El contratista no apoyo las investigaciones epidemiológicas y de campos relacionados con las ETV (Dengue, Zika, Chicongunya, Oropuche, Malaria, Chagas Leishmaniasis y Fiebre amarilla) 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. Para el periodo correspondiente no fui convocado por parte del supervisor para apoyar investigaciones epidemiológicas y de campo relacionadas con la presentación de enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, estuve en disponibilidad 24/7 para los eventos que se llegaran a presentar.

4. El contratista Asistió mensualmente mínimo a (4) jornada de barrido sanitario en los siguientes barrios PALMERAS ETAPA 2, VILLA SALEM, GUAMAL Y RAICERO.para la prevención y control de dengue en el municipio de Florencia o área de influencia. Recolección de inservibles. In. Fuente de verificación: acta de constancia de actividades en el sector salud, caracterización de la población atendida con enfoque diferencial, registro fotográfico.

5. El contratista Apoyo las 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.

| INSTITUCIÓN - BARRIOS - VEREDAS | FECHA | No PERSONAS CAPACITADAS |
|---|---|---|
| PALMERAS | 1/12/2025 | 46 |
| KENEDY | 4/12/2025 | 60 |
| **TOTAL** | | **106** |

6. El contratista Apoyo en la realización del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de control del programa ETV Para el periodo respectivo se realizó el día 3 de diciembre la jornada de mantenimiento preventivo a las máquinas de fumigación, para su buen funcionamiento y la seguridad de cada uno de los operarios. Fuente de verificación: Diligenciamiento de formato de mantenimiento de equipo y registro fotográfico.

7. El contratista El día 28 de noviembre se asistió a la capacitación de fortalecimiento de capacidades con referente a la enfermedad Mal de Chagas, dirigida por la profesional de apoyo del programa ETV.

8. 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. Apoyo a la jornada habitante de calle el día 26 de noviembre organizada por la gerencia para el desarrollo realizada en el barrio San Luis y Galería Satélite

Durante el periodo comprendido del 26 de noviembre al 25 de diciembre 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 noviembre, así:

| Periodo pagado: | **NOVIEMBRE** | |
|---|---|---|
| No. Planilla | 4631182441 | Empresa liquidadora: SOI |
| Salud | NUEVA EPS | $ 178.000 |
| Pensión | FONDO DE PENSIONES: COLPENSIONES | $ 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 diecinueve (19) días del mes de diciembre de 2025.

| | |
|---|---|
| Nombre: **JHONATHAN ALBERTO SALAZAR MENDEZ** | Nombre **CARLOS ANDRES ARENAS BARRERA** |
| 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 | |