



## INFORME DE SUPERVISIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

### INFORMACIÓN GENERAL

Marque con una X el tipo de documento:

|                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                 |          |                                        |                                                                                                                                            |  |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
| CONTRATO                                                                                                                                                                             | x                                                                                                                                                               | CONVENIO |                                        |                                                                                                                                            |  | <b>Acta No 1 y final</b> |
| Número:                                                                                                                                                                              | 262                                                                                                                                                             | de       | Año                                    | 2024                                                                                                                                       |  |                          |
| <b>OBJETO:</b><br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA DE VACUNACIÓN DE TRAZADORES EN EL MUNICIPIO DE EL BAGRE. |                                                                                                                                                                 |          |                                        |                                                                                                                                            |  |                          |
| Contratista:                                                                                                                                                                         | MAROLY GUEVARA MEZA                                                                                                                                             |          |                                        |                                                                                                                                            |  |                          |
| Código de Proyecto                                                                                                                                                                   | 202500000005500                                                                                                                                                 |          | Nombre del proyecto                    | FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE EL BAGRE ANTIOQUIA                                                     |  |                          |
| <b>CLASIFICACIÓN PLAN DE DESARROLLO</b>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |          |                                        |                                                                                                                                            |  |                          |
| Línea estratégica                                                                                                                                                                    | 1: HUMANIZANDO A EL BAGRE CON JUSTICIA SOCIAL                                                                                                                   |          |                                        |                                                                                                                                            |  |                          |
| Sector                                                                                                                                                                               | Salud                                                                                                                                                           | Programa | 1903- INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL |                                                                                                                                            |  |                          |
| Objetivo Programático                                                                                                                                                                | Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y disminución de la enfermedad, mejorando las condiciones de vida de la población del municipio de El Bagre. |          |                                        |                                                                                                                                            |  |                          |
| Código de Producto                                                                                                                                                                   | 190300100, 190302800, 190303100, 190305700 y 190303400                                                                                                          |          | Indicador de Producto                  | Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas y Asistencias técnicas realizadas |  |                          |

**Nota:** Cuando es por funcionamiento, colocarles No Aplica

### INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN

|                                                                      |                                                                          |    |             |    |      |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----|-------------|----|------|
| Registro Presupuestal (artículo 42 ley 80):                          | 00857                                                                    | de | 13 DE JUNIO | de | 2025 |
| Fecha aprobación de Pólizas Garantías:                               | N/A                                                                      | de | N/A         | de | N/A  |
| Fecha de inicio:<br>Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio | 13                                                                       | de | JUNIO       | de | 2025 |
| Duración total:                                                      | VEINTE (20) DIAS, contados a partir de la suscripción del acta de inicio |    |             |    |      |
| Fecha de terminación:                                                | 02                                                                       | de | JULIO       | de | 2025 |

### BALANCE FINANCIERO

El contrato/convenio/orden de aceptación estipuló anticipo: SI \_\_\_\_ No X\_\_

\*Si manejo anticipo, relacione los datos de la cuenta para la consignación de los anticipos en el cuadro a continuación



**ALCALDIA DE EL BAGRE**  
**NIT.890984221-2**

|         |          |
|---------|----------|
| CODIGO  | F-GC-026 |
| VERSION | 005      |

|               |                   |                       |                  |
|---------------|-------------------|-----------------------|------------------|
| <b>Cuenta</b> | <b>2. Ahorros</b> | <b>Número Cuenta:</b> | <b>3. Banco:</b> |
|---------------|-------------------|-----------------------|------------------|

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

|                                                                           |                                                                 |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Plan de inversión del anticipo / Modificación al plan de inversión</b> | <b>4. Formato control de seguimiento anticipo*</b>              | <b>5. Conciliación bancaria</b> |
| <b>Extractos bancarios</b>                                                | <b>6. Certificación bancaria sobre rendimientos financieros</b> |                                 |

\*La legalización del anticipo debe ser en función a la programación acordada con el contratista y debe coincidir la programación con la actividad y el valor aprobado en las fechas respectivas

|                                                     |               |                                         |                            |            |                          |                                  |                 |         |
|-----------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|----------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|---------|
| Anticipo inicial % (1)                              | 0,00%         | Valor anticipo inicial (5)              |                            |            |                          |                                  |                 |         |
| Fecha de Desembolso del anticipo (2)                | DD/MM/AAAA    | Valor anticipo adiciones (6)            |                            |            |                          |                                  | \$ -            |         |
| No. De Orden de pago desembolso anticipo (3)        |               | Valor total anticipo (7)                |                            |            |                          |                                  |                 |         |
| % Anticipo de adiciones (4)                         | 0,00%         | Saldo pendiente por amortizar (8)       |                            |            |                          |                                  | \$ -            |         |
| Balance General                                     |               | Pagos realizados al contratista/entidad |                            |            |                          |                                  |                 |         |
| Concepto                                            | Valor         | Concepto (16)                           | Comprobante de egreso (17) | Fecha (18) | Valor total factura (19) | Valor amortización anticipo (20) | Valor neto (21) | % (22)  |
| Valor inicial (9)                                   | \$ 20.000.000 | Acta 1 y final                          |                            |            | \$ 20.000.000            | \$ -                             | \$ 20.000.000   | 100,00% |
| Valor Adiciones (10)                                | \$ -          |                                         |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor Reducciones (11)                              | \$ -          |                                         |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor Total (12)                                    | \$ 20.000.000 |                                         |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor pagado (13)                                   | \$ -          |                                         |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor causado que no se ha pagado (14)              | \$ 20.000.000 |                                         |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor total ejecutado (15)                          | \$ 20.000.000 |                                         |                            |            | \$ -                     | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor por ejecutar (16)                             | \$ -          |                                         |                            |            | \$ -                     | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
|                                                     |               |                                         |                            |            | \$ -                     | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
|                                                     |               | TOTALES                                 |                            |            | \$ 20.000.000            | \$ -                             | \$ 20.000.000   | 100,00% |
| NOTA: LAS CASILLAS SOMBREADAS NO SE DEBEN MODIFICAR |               |                                         |                            |            |                          |                                  |                 |         |



**ALCALDIA DE EL BAGRE**  
**NIT.890984221-2**

|         |          |
|---------|----------|
| CODIGO  | F-GC-026 |
| VERSION | 005      |

**INSTRUCTIVO PARA DILGENCIAMIENTO DEL BALANCE FINANCIERO**

1. **Anticipo Inicial:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo. Si no tiene anticipo, registre 0.00%
2. **Fecha de Desembolso del anticipo:** Registre la fecha de desembolso del anticipo.
3. **No. Orden de pago de Anticipo:** Registre el número de la orden de pago del anticipo.
4. **Anticipo de Adiciones:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo de las adiciones. Si no se efectuaron, registre 0.00%
5. **Valor del anticipo Inicial:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (1) \* Casilla (9)
6. **Valor del anticipo adiciones:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (4) \* Casilla (10)
7. **Valor Total anticipo:** Es la sumatoria de la casilla (5) + (6) ( $\Sigma$  Valor anticipo inicial + Valor anticipo adiciones).
8. **Saldo pendiente por amortizar:** Es la diferencia entre la casilla (7) Valor total anticipo -  $\Sigma$  De la casilla (21) Valor total amortización anticipos.
9. **Valor Inicial:** Este es valor del contrato/convenio/orden de aceptación inicial principal sin adiciones.
10. **Valor Adiciones:** En esta casilla se deben incluir las adiciones realizadas
11. **Valor Reducciones:** En esta casilla se deben incluir las reducciones realizadas
12. **Valor Total:** Es la suma de la casilla (9) + (10)
13. **Valor Pagado:** Es la suma de la columna de valor total de la factura (19).
14. **Valor Causado no Pagado:** Este corresponde al valor bruto (sin incluir amortizaciones) de la factura que se está radicando para pago.
15. **Valor Total Ejecutado:** Es la sumatoria de la casilla (12) + (13) ( $\Sigma$  Valor pagado + Valor causado no pagado).
16. **Valor por ejecutar:** diferencia entre el Valor Total y Valor Total Ejecutado.
17. **Concepto:** Corresponde a los Números de pago realizados
18. **Orden de Pago:** Registre el Número de la orden de pago.
19. **Fecha:** Registre la fecha de la Numero de orden de pago.
20. **Valor Total Factura:** Corresponde al valor de factura
21. **Valor Amortización anticipo:** Registre el valor de amortización del anticipo para la factura, tenga en cuenta que este debe estar de acuerdo con la forma de amortización estipulada en el contrato/convenio/orden de aceptación inicial.
22. **Valor Neto:** Es la diferencia entre el valor de la factura (19) y Valor Amortización anticipo (20)
23. **%:** Es la División entre el valor total del (11) y el valor total de la factura (19)

| 2. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APARTES PARAFISCALES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 3.                                                                                                   | El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50. | SI x             |
|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO               |
|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Marque con una X |

**ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO**

| Estado de avance de la ejecución física a la fecha (%)                                                                                                                             |                                                                                                    | 100%                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Formula:</b> Alcance Prestación Bien o Servicio = % Total Pactado Contractualmente<br>*Esto debe estar acorde con el Objeto y Forma de Pago, contenido en el contrato suscrito. |                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |
| <b>Descripción de la ejecución actual (De acuerdo con el cronograma de actividades):</b>                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |
| Nº                                                                                                                                                                                 | Obligaciones del Contratista/Entidad                                                               | Estado de avance de la obligación                                                                                                                                            |
| 1                                                                                                                                                                                  | Aplicación de encuesta Monitoreo de Cobertura, oportuna y esquema de vacunación en la zona urbana. | <b>% de Avance: 25%</b>                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    | <b>Descripción del avance:</b> Se verifico que la contratista realizó la aplicación de encuesta Monitoreo de Cobertura, oportuna y esquema de vacunación en la zona urbana.. |
|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    | <b>Entrega producto</b> Si _X No ____<br><b>Ubicación:</b> casco urbano y rural                                                                                              |
| 2                                                                                                                                                                                  | Búsqueda activa comunitaria de enfermedades inmunoprevenibles en la zona urbana.                   | <b>% de Avance: 25%</b>                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                    | <b>Descripción del avance:</b> Se evidencio que la contratista llevó a cabo Búsqueda activa                                                                                  |



|   |                                                                                          |                                                                                                                                                                                             |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                          | comunitaria de enfermedades inmunoprevenibles en la zona urbana                                                                                                                             |
|   |                                                                                          | Entrega producto Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
|   |                                                                                          | Ubicación: secretaria de salud.                                                                                                                                                             |
| 3 | Tabulación y consolidación de monitoreo de coberturas de vacunación y BAC                | % de Avance: 25%                                                                                                                                                                            |
|   |                                                                                          | Descripción del avance: Se evidenció que la contratista realizó la Tabulación y consolidación de monitoreo de coberturas de vacunación y BAC                                                |
|   |                                                                                          | Entrega producto Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
|   |                                                                                          | Ubicación: secretaria de salud.                                                                                                                                                             |
| 4 | Informe de análisis de información de resultado de monitoreo de cobertura de vacunación. | % de Avance: 25%                                                                                                                                                                            |
|   |                                                                                          | Descripción del avance: Se evidencio que la contratista realizó todas las actividades descritas en el contrato, suministrando las evidencias correspondientes en el informe de actividades. |
|   |                                                                                          | Entrega producto Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                         |
|   |                                                                                          | Ubicación: Secretaria de salud                                                                                                                                                              |

| 4. VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CLAUSULAS AMBIENTALES |                                                                                                                                                      |                                             |                                |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| 5.                                                       | El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones ambientales mediante el control operacional respectivo. | 6. SI <input checked="" type="checkbox"/> X | 7. NO <input type="checkbox"/> |

**ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO**  
(Diligencie un bloque por cada problema identificado)

| Nº | Problema identificado que afecta la ejecución | Justificación | Acciones implementadas para solucionar los problemas identificados |
|----|-----------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1  |                                               |               |                                                                    |

| SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | SI                       | NO                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 “La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria”. Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista. |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Calificación del Servicio:                         | Sobresaliente<br>(Califique entre 4,6 y 5,0) | Satisfactorio<br>(Califique entre 4,0 y 4,5) | Aceptable<br>(Califique entre 3,0 y 3,9) | Deficiente<br>(Califique entre 2,0 y 3,0) | Inaceptable<br>(Califique entre 1,0 y 1,9) |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1. Oportunidad en la prestación final del servicio | <input checked="" type="checkbox"/> X        | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   |



ALCALDIA DE EL BAGRE  
NIT.890984221-2

|         |          |
|---------|----------|
| CODIGO  | F-GC-026 |
| VERSION | 005      |

|                                                                                                          |   |   |  |    |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|----|------|
| 2. Calidad del servicio prestado por el Contratista / Entidad                                            | X |   |  |    |      |
| 3. Oportunidad en la presentación de informes, facturas y demás documentos requeridos por la supervisión | X |   |  |    |      |
| 4. Cumplimiento Real de los tiempos establecidos en la ejecución, respecto al cronograma establecido.    | X |   |  |    |      |
| 5. Valores agregados ofrecidos por el Contratista / Entidad                                              |   | X |  |    |      |
| 6. Impacto del servicio prestado por el contratista / entidad                                            | X |   |  |    |      |
| Se harán efectivas Pólizas (Diligencie con una X)                                                        |   |   |  | SI | NO X |
| ¿Por qué? Anexar Soportes                                                                                |   |   |  |    |      |
| ¿Se debe declarar el incumplimiento? (Diligencie con una X) Anexar Soportes                              |   |   |  | SI | NO X |
| ¿Se interpusieron multas? (Diligencie con una X) Anexar Soportes                                         |   |   |  | SI | NO X |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
| <b>SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción)</b><br>Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 “La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria”. Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista. | SI<br>X | NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|

|                                                                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los<br>Por ningún motivo la fecha del presente documento puede ser anterior a la fecha de finalización, ni posterior a los 4 meses de la misma. | 03 |
| días del mes de JULIO De 2025                                                                                                                                                                                  |    |

| ANEXOS                                                                                                | OBSERVACIÓN                | ✓ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---|
| Soporte de pagos de Salud, Pensión y ARL                                                              | Personas Naturales         | X |
| Certificación de pago de aportes de parafiscales, expedido por contador público o representante legal | Persona Jurídica           |   |
| Informe de actividades del contratista con respectivas evidencias                                     | Persona Natural / Jurídica | X |
| Factura o cuenta de cobro                                                                             | Persona Natural / Jurídica | X |

SUPERVISOR

Nombre: Adriana Alejandra Amaya Acevedo

Cargo: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL