INFORME DE SEGUIMIENTO No.	001	Anticipo			
PERIODO DE SEGUIMIENTO	Desde:	19/01/2026		Hasta:	19/01/2026

FECHA DE ELABORACIÓN	*27*	de	*01*	de	*2026*

1. INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO _ __	NÚMERO:	ESAL-001-2026		
CONVENIO ___	FECHA DEL CONTRATO:	19	ENERO	2026
OBJETO: AUNAR ESFUERZOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES OPERATIVAS, LOGÍSTICAS Y DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PARA CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO NUTRICIONAL BRINDANDO APOYO ALIMENTARIO A LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES, ADULTOS MAYORES Y PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN ESTADO DE EXTREMA POBREZA Y VULNERABILIDAD SEGÚN CUPOS CONTRATADOS EN EL MUNICIPIO DE CAROLINA DEL PRÍNCIPE DURANTE EL AÑO 2026				
DEPENDENCIA:		DIRECCION LOCAL DE SALUD		
CONTRATISTA	Nombre/ Razón social:	CORPORACIÓN PROSPECTAR		
	CC/NIT	900.063.428-3		
VALOR DEL CONTRATO [$]:	Inicial	MIL DOSCIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS ($1.201.200.214)		
	Adiciones	----------		
	Total	MIL DOSCIENTOS UN MILLONES DOSCIENTOS MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS ($1.201.200.214)		
PLAZO DEL CONTRATO:	Inicial	ONCE (11) MESES		
	Prorrogas	-------		
	Total	ONCE (11) MESES		
FECHA ACTA DE INICIO *[dd-mm-aaaa]*:		19	01	2026
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP NUMERO:	001		
	FECHA *[dd-mm-aaaa]*:	2	01	2026
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP NUMERO:	002		
	FECHA *[dd-mm-aaaa]*:	02	01	2026
REGISTRO PRESUPUESTAL	CRP NUMERO:	00009		
	FECHA *[dd-mm-aaaa]*:	09	01	2026

NOMBRE Y CARGO DE SUPERVISOR	**NOMBRE:** LINA MARCELA MARTINEZ HINCAPIE **CARGO:** DIRECTORA LOCAL DE SALUD

2. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES DE LAS PARTES:
(Seguimiento técnico, administrativo y financiero del contrato)

A. SEGUIMIENTO DEL SUPERVISOR:

El contratista con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la forma de pago relacionado con el anticipo, presentó los siguientes documentos.

- Póliza No. 21-44101489190, en la cual se ampara el valor del anticipo ($240.240.043).
- Cuenta de cobro 001-2026
- Certificado de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales.
- Tarjeta del contador y certificado de la junta de central de contadores.
- Planilla de pago de salud No. 9498130682, correspondiente al mes de enero de 2026.

3. CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS

CONCEPTO	VALOR CONTRATO	VALOR PAGO	RUBRO	SALDO	FECHA DE INFORME	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN MES
Contrato inicial	$1.201.200.214	------	2.3.2.02.02.006	$1.201.200.214	------	0%
Adiciones	----	$0	----	-----	-----	------
Anticipos	$240.240.043	$240.240.043	22.3.2.02.02.006	$960.960.171	27/01/2026	20%
Pago No.1						
Pago No.2						
Pago No.3						
TOTAL, PORCENTAJE EJECUTADO ACUMULADO						20%

VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES: El contratista presenta los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y ARL, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

VALOR A PAGAR: En desarrollo del objeto, forma de pago y obligaciones contractuales, la presente acta de supervisión corresponde a la suma de DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/L ($240.240.043), tal como se indica en el numeral 3. "CONTROL DE PAGOS O DESEMBOLSOS".

FORMA DE PAGO: el valor del contrato se cancelará así: Un anticipo del 20%, por valor de DOSCIENTOS CUARENTA MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL CUARENTA Y TRES PESOS ($240.240.043) previa expedición de la póliza de buen manejo del anticipo y el restante a través de actas parciales de avance, de acuerdo a los dineros pactados a través de la propuesta presentada por el contratista y aprobada por el municipio y al recibido a satisfacción por parte de la supervisión designada, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos por parte del contratista: a. Presentación de la cuenta de cobro o factura. b. Informe de actividades realizadas, allegando con el mismo los soportes y/o productos según el caso y cuando corresponda. c. Acreditar el cumplimiento de las obligaciones de pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los demás parafiscales. Por su parte el supervisor del contrato deberá suscribir informe de

supervisión y acta de recibido a satisfacción respecto a los elementos suministrados. Así mismo deberá verificar el cumplimiento.

4. CONCEPTO DEL SUPERVISOR

Se deja constancia que el avance de las actividades contratadas, se encuentra dentro de las expectativas y requerimientos del Municipio de Carolina del Príncipe, las cuales fueron plasmadas en el contrato de la referencia; en consecuencia, se autoriza el pago de la contraprestación pactada por las partes y establecida en el acta de supervisión.

5. SEGUIMIENTO DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Durante el periodo de seguimiento no se materializó ningún riesgo establecido en la matriz que hace parte integral del estudio previo del presente contrato.

Para constancia, se firma el presente informe:

LINA MARCELA MARTINEZ HINCAPIE
Directora Local De Salud
Supervisora

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción del Cambio
		No aplica para la primera versión
02	02/01/2024	Se actualiza encabezado y pie de página de conformidad con el con el Manual de Imagen de la entidad

Elaboró:	Lina Marcela Martínez Hincapié, Directora Local de Salud	Fecha:	27/01/2026
Revisó:	Lina Marcela Martínez Hincapié, Directora Local de Salud	Fecha:	27/01/2026
Aprobó:	Lina Marcela Martínez Hincapié, Directora Local de Salud	Fecha:	27/01/2026