1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número _05_

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. 4145.010.26.1.0565 de 2025

Nombre completo del contratista: MANUEL BALTAN CLEVEL ESMERIN

Documento de identificación: 1.130.644.645 de Cali

Nombre del supervisor: OLGA LUCIA CUELLAR MEJIA

Organismo: secretaria De Salud Pública Distrital

Objeto del contrato: Prestar servicios de apoyo a la gestión del Proceso Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud Pública – Grupo de Salud Ambiental, en las actividades de control y prevención 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
18/02/ 2025	31/08/2025

Modificación(es) al contrato:

Suspensión: : N/A

Reanudación: : N/A

Cesión: : N/A

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

Terminación anticipada: : N/A

4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor inicial del contrato: Es hasta por la suma de DIEZ MILLONES NOVECIENTOS VEINTE

MIL PESOS M/CTE ($10.920.000)

Adición: Al contrato de Prestación de Servicios No. 4145.010.26.1.0565-2025 el valor de CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS ($ 4,368,000)

Prórroga: PRORROGAR el Contrato de Prestación de Servicios No. 4145.010.26.1.0565-2025 hasta el 31 DE AGOSTO DE 2025.

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
$15.288.000	$ 2.184.000	$8.736.000	$ 4.368.000

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

Información del pago de seguridad social:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: 1072871893 No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: 8822914773 Operador: simple Fecha de Pago: 23/07/2025 Periodo de pago de la seguridad social: MAYO de 2025

Observaciones al informe financiero y contable: Extemporaneidad en el pago de aportes a seguridad social, de 60 días según decreto 1990 de 2016.

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor: El contratista desarrolló las siguientes actividades:

ITEM	DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS
1	**Apoyar las acciones de prevención y control de vectores en alguno de los entornos de vida cotidiana (hogar, educativo, institucional o comunitario).** El contratista durante este periodo se apoyó con la programación **2723** sumideros inspeccionados se encontraron **1870** positivos se trataron **797** el larvicidad utilizado **DIMILIN** en las comunas 8,8,7,14,16,9,21,10,17,18,2,5,7,7,13,14,7. En los sectores: cuidad 200,cristales,tejares,versalles,floralia,paso del comercio, Alfonso López, independencia, Alfonso Barberena, rodeo,calimio decepaz, vegas de confandi,Capri,naranjos,lauriano gomez,hacienda,cañaveral,santa Isabel,popular,andres Sanín, ángel de hogar.
2	**Garantizar la custodia de insumos, materiales o equipos entregados para el desarrollo de la actividad de prevención y control** Formato de control diario de insumos, materiales o equipos con visto bueno del

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

	apoyo a la coordinación.
3	**Apoyar la realización de las acciones intra y extramurales de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.** Listados de asistencia, formatos diligenciados

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. _____de_____ vinculado a la _____, mediante contrato de Prestación de Servicios No. _____, durante el tiempo comprendido entre el _____-, y el _____, 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 Backus 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

No se reportan recomendaciones para este periodo.

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

7. FIRMAS RESPONSABLES



_____

OLGA LUCIA CUELLAR MEJIA
Nombre y firma del Supervisor

Fecha de suscripción del informe de supervisión: Cali 24 de julio de 2025

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