


|   |                              |                     |            |    |  |
|---|------------------------------|---------------------|------------|----|--|
|  <p>Alcaldía Municipal de Soacha</p> | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO              | GF-FR-F005 |    |  |
|   |                              | VERSIÓN             | 2          |    |  |
|   | TRAMITE DE PAGO              | FECHA DE APROBACIÓN |            |    |  |
|   |                              | DD                  | MM         | AA |  |
| FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN   | 5                            | 4                   | 2024       |    |  |

SECRETARIA DE SALUD

| I. INFORMACION DE SUPERVISION             |                                    |                 |
|---|------------------------------------|-----------------|
| Fecha de Expedicion                       | Supervisor o Interventor           | Teléfono o Ext. |
| DD MM AA                                  | NOMBRE: ZULMA GIRALDO RATIVA       |                 |
| JULIO DEL 2025                            | PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02 |                 |
| II. INFORMACION DE APOYO A LA SUPERVISION |                                    |                 |
| Nombre:                                   |                                    |                 |
| Cargo:                                    |                                    |                 |

| III. INFORMACION CONTRACTUAL.          |           |
|--|-----------|
| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
| JOHN ALEXANDER BETANCOURT NARANJO      | 1.299.471 |

| IV. TIPO DE CONTRATO: |   |              |
|-----------------------|---|--------------|
| Contrato              | O.P.S.  | Convenio     |
| X                     |   |              |
| FECHA INICIO:         | Fecha:  | Contrato No. |
| 23/05/2025            | 22/05/2025  | 1788         |
|                       | Plazo inicial   | Adición      |
|                       | CINCO (05) MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025 |              |

| OBJETO  |  |
|---|--|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA. - SS174 |  |

| V. PERIODO CERTIFICADO |                 |             |
|------------------------|-----------------|-------------|
| Desde: DD/MM/AA        | Hasta: DD/MM/AA | Informe No. |
| 01/07/2025             | 30/07/2025      | 3           |

| VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO  |   |
|--|---|
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS   | VERIFICACIÓN  |
| 1. elaborar informe de gestion del área y/o boletines en articulación con el area de epidemiología de manera mensual de acuerdo a necesidades de la Dirección de Salud Pública correspondiente a eventos transmisibles.  | Entregable a dimensión transmisibles: Informes de los eventos solicitados de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. Estos documentos serán enviados al correo de epidemiologia@alcaldiasoacha.gov.co y saludpublica@alcaldiasoacha.gov.co..  |
| 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) y/o seguimientos asignados por el área de los eventos transmisibles, y mortalidades de los demás eventos de interés en salud pública notificados al SIVIGILA que le sean asignados, dentro de los tiempos establecidos por el INS y realizar envío al área de epidemiología para remisión a entes de control. | 1) Entregable a dimensión transmisibles: Soporte de IEC efectuada en el formato que corresponda, pantallazo de los envíos al correo, documentos de soporte, registro fotográfico y acta de ejecución con firmas de asistencia. Estos documentos serán enviados al correo de epidemiologia@alcaldiasoacha.gov.co y saludpublica@alcaldiasoacha.gov.co.<br>2) Soporte de entrega a supervisor: Pantallazo, documentos de soporte, registro fotográfico y acta de ejecución con firmas de asistencia, si es necesario. |
| 3. Apoyar el direccionamiento técnico de los componentes del área y fortalecimiento de capacidades por medio de reuniones mensuales con el equipo sobre eventos transmisibles.   | se realiza reunion con el equipo de auxiliares de enfermería para la revision y la entrega de documentos de busqueda activa comunitaria y para entrega de archivo fisico de los meses correspondiente de enero a mayo verificando la calidad del dato.  |

*[Handwritten signature]*

|  |  |
|--|--|
| <p>9. Realizar apoyo a supervisión de contratos del área de enfermedades transmisibles.</p>  | <p>1) Entregable a dimensión transmisibles: Acta escaneada de ejecución actividad apoyo a la supervisión con firma de líder de área transmisibles y escaner de soporte de revisión de entregables del perfil de auxiliar de enfermería con firmas correspondientes.<br/>2) Soporte de entrega a supervisor: cta escaneada de ejecución actividad apoyo a la supervisión con firma de líder de área transmisibles y escaner de soporte de revisión de entregables del perfil de auxiliar de enfermería con firmas correspondientes.</p> |
| <p>10. Participar en la realización del 100% de unidades de análisis internas de los casos y asistir a las unidades de análisis convocadas por el departamento de los eventos de interés en salud pública y mortalidades, según lineamiento departamental o nacional lo requieran y realizar seguimiento del envío de los respectivos soportes a secretaria departamental dentro de los tiempos establecidos para el evento analizado.</p> | <p>1) Entregable a dimensión transmisibles: Soportes actas de asistencia a las unidades de análisis internas y soporte del seguimiento a eventos que lo requieran, registro fotográfico y/o todo soporte solicitado por la dirección de salud pública en el marco de la ejecución del contrato.<br/>2) Soporte de entrega a supervisor: Actas de asistencias y soporte de seguimiento, registro fotográfico y/o todo soporte solicitado por la dirección de salud pública en el marco de la ejecución del contrato.</p>                |

En mi calidad de supervisor, previa verificación de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fueron verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Artículo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Así mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.


---

**ZULMA GIRALDO RATIVA**  
 Firma del supervisor  
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02**

