



**GOBERNACIÓN
DEL AMAZONAS**

NIT: 899999336-9

**MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INICIACIÓN CONTRATO F-05**

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: Secretaría de Salud Departamental

1. Secretaría: Salud

Dependencia o área: Despacho Secretaria de Salud Departamental

ACTA No.	FECHA ACTA			CONTRATO No.	FECHA CONTRATO		
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
01	11	05	2026	2120 DE 2026	08	05	2026

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE FLUVIAL DE PASAJEROS Y CARGA A TODO COSTO, EN LOS TERRITORIOS INDIGENAS DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS Y LAS DIFERENTES COMUNIDADES DEL TRAPEZIO AMAZÓNICO CON EL FIN DE GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA A CARGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE AMAZONAS

PLAZO	VALOR	FORMA DE PAGO
hasta el 30 de diciembre de 2026	CUATRO MIL SEISCIENTOS DIECISEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS (\$4.616.146.330)	Se dará un anticipo del 30% y pagos parciales previa certificación establecida por el supervisor del contrato que se entregara una vez cumpla con los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, suma que se girará a una cuenta en la institución financiera que acuerde el CONTRATISTA con el DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS. En caso de que el oferente favorecido sea un Consorcio o Unión Temporal, para efectos del pago, éste deberá informar el número del NIT, a nombre del Consorcio o Unión Temporal, así como efectuar la facturación en formato aprobado por la DIAN a nombre del respectivo Consorcio o Unión Temporal. EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS. Sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el presente Convocatoria Pública y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros. Tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. (...)

FECHA DE INICIO			FECHA TERMINACIÓN DEL PLAZO			CONTRATISTA
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	TRANSPORTE FLUVIAL DEL AMAZONS S.A.S NIT 901.083.289-5 RL: NINY YOJANA RIVERA AGREDO C.C. No. 34.317.806
11	05	2026	30	12	2026	

SUPERVISOR (A): SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

En Leticia a los	DÍA	MES	AÑO	En la ciudad de Leticia, a los 11 días del mes de mayo del año dos mil veintiséis (2026), se reunieron en las instalaciones de la Secretaria de Salud Departamental: La Secretaria de Salud, Dra. OLGA ESTHER BELLIDO CUELLAR, identificada con cedula de ciudadanía No. 45.547.365 en calidad de Supervisora y NINY YOJANA RIVERA AGREDO, identificado con cedula de ciudadanía No. 34.317.806, en calidad de Representante Legal de TRANSPORTE FLUVIAL DEL AMAZONS S.A.S, identificado con Nit. 901.083.289-5, con el objeto de iniciar formalmente la ejecución del acto acordado.
	11	05	2026	

VALOR INICIAL CONTRATO	VALOR ANTICIPO	% ANTICIPO	SALDO
\$4.616.146.330	\$ 1.384.843.899	30%	\$ 3.231.302.431

ESTADO LEGAL - GARANTÍAS

Proyecto:	Lluri Liliana Arbelaez F.	Cargo: PU OPS	Firma:
Aprobó:	Olga Esther Bellido Cuellar	Cargo: Secretaria de Salud Departamental	Firma:



**GOBERNACIÓN
DEL AMAZONAS**

NIT: 899999336-9

**MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INICIACIÓN CONTRATO F-05**

Código: MSI-OAJ

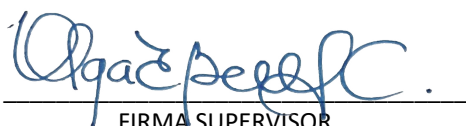
Versión: 2016-1

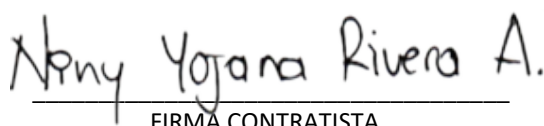
Dependencia o Área: Secretaría de Salud Departamental

COMPAÑÍA DE SEGUROS	RIESGO	PÓLIZA No.	VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
SEGUROS MUNDIAL	Cumplimiento del Contrato	CBC-100077027	11	05	2026	30	04	2027
	Buen manejo del anticipo		11	05	2026	30	04	2027
	Prestaciones Sociales		11	05	2026	31	12	2029
	Calidad del Servicio		11	05	2026	30	04	2027
SEGUROS MUNDIAL	Responsabilidad Civil Extracontractual	CBC-100015685	11	05	2026	30	04	2027

Póliza aprobada mediante Resolución No 0036 del 11 de mayo de 2026.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los 11 días del mes mayo del Año 2026.


FIRMA SUPERVISOR


FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE SUPERVISORA

NOMBRE CONTRATISTA

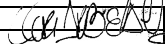

OLGA ESTHER BELLIDO CUELLAR

TRANSPORTE FLUVIAL DEL AMAZONS S.A.S
RL: NINY YOJANA RIVERA AGREDO

Original: Oficina Jurídica Departamental

Copia: Supervisor

Copia: Contabilidad

Proyecto:	Lluri Liliana Arbelaez F.	Cargo: PU OPS		Firma:
Aprobó:	Olga Esther Bellido Cuellar	Cargo: Secretaria de Salud Departamental		Firma: