

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES

OBJETO DEL CONTRATO Realizar procesos de asistencia operativa sobre las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles dirigidos a las personas, familias y comunidades, conforme a los lineamientos nacionales vigentes"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. 1067 DEL 29 /01/2026

INFORME No.3
PERIODO 29/03/2025 al 28/04/2026


CAMILA FERNANDA MONROY
Auxiliar

Villavicencio, 11/05/2026

Doctor:

Julio Ernesto Godoy Duran

Supervisor contrato N. 1067de 2026

GENERALIDADES

Con el presente informe se registra las actividades desarrolladas durante el periodo de ejecución del contrato No. 1067de 2026, durante el periodo del **29/03/2026** al **28/04/2026** dando cumplimiento a indicadores establecidos:

ACTIVIDADES:

Actividad # 1:Elaborar y presentar al supervisor un plan de trabajo detallado que contemple las actividades, metas, cronograma y recursos necesarios para la implementación durante el periodo contractual, alineado con los lineamientos nacionales y departamentales.

Actividad realizada: cronograma de plan de trabajo, enviado al correo electrónico jgodoy@meta.gov.co,

		PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ETV																																	
		CRONOGRAMA MENSUAL VILLAVICENCIO - META																																	
		CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA														MES: ABRIL							AÑO: 2026												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35				
	SECRETARIA DE SALUD DEL META																																		
	ARTICULACION INTERSECTORIAL																																		
	PERMISOS DE COMPENSADOS																																		
	VISITAS DOMICILIARIAS LEVANTAMIENTO DE INDICES																																		
	VISITAS ESPECIALES																																		
	SEGUIMIENTO A CASOS																																		
	INTERVENCIÓN QUÍMICA																																		
	APOYO DE INTERVENCIÓN QUÍMICA																																		
	ACTIVIDADES DE REDUCCIONES																																		
	MOVILIZACIÓN SOCIAL																																		
	INSPECCIÓN CRIADERAS																																		
	ENTREGA DE TOLOLLOS																																		
	OTRO TIPO DE ACTIVIDAD, especificar observaciones																																		
16	OBSERVACIONES: Este cronograma está sujeto a modificaciones por circunstancias imprevistas, cantidad de casos notificados, entre otros variables.																																		
17	Visitas Domiciliarias VD																																		
18	Visitas Especiales VE																																		
19	Seguimiento a caso SC																																		
20	Cave: Secretaría municipal de Tejería 239 sur, Desp 14-93-2025 15-02-2026 Información e Insumos y comunicación IEC- de 27-93-2025																																		

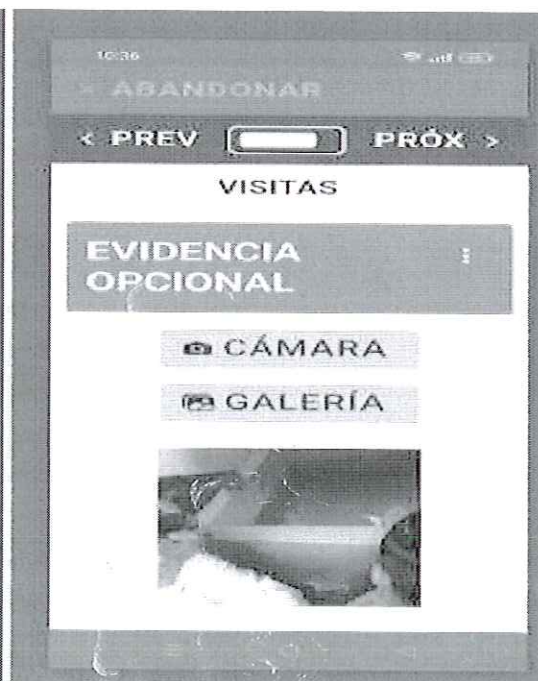
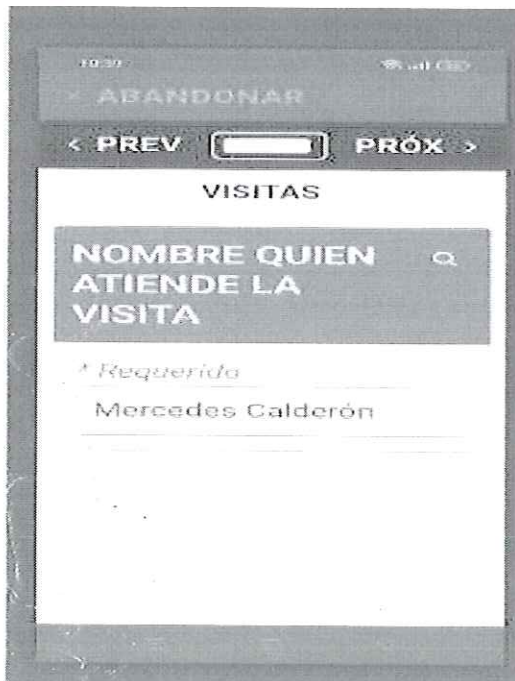
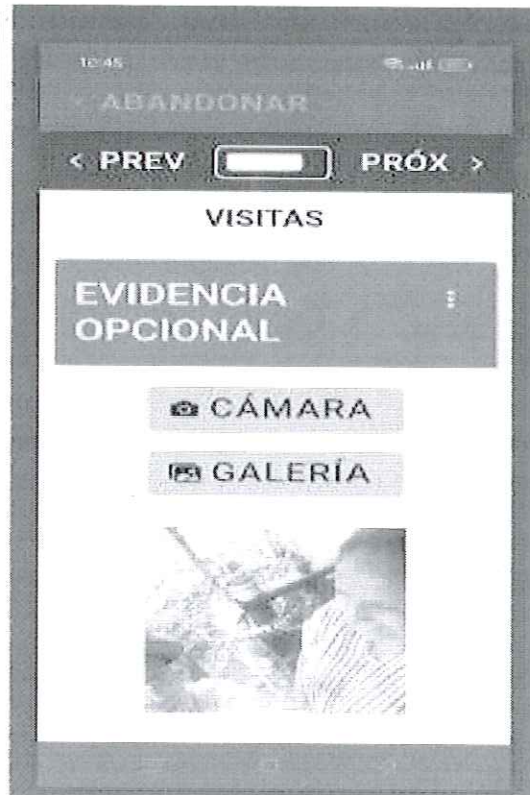
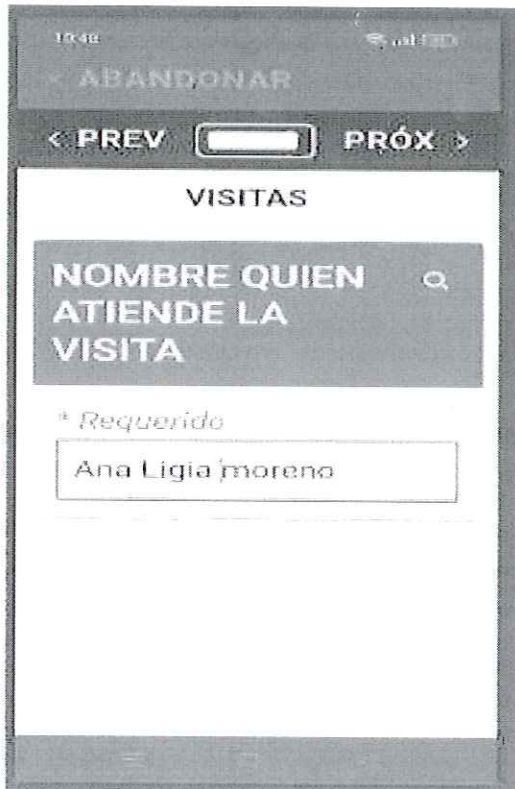
Actividad #2: Articular las actividades asignadas correspondientes al programa ETV, con el ente territorial del Municipio asignado, con la finalidad de concurrir en el desarrollo de las actividades encaminadas a mitigar o disminuir las ETV de competencia del departamento.

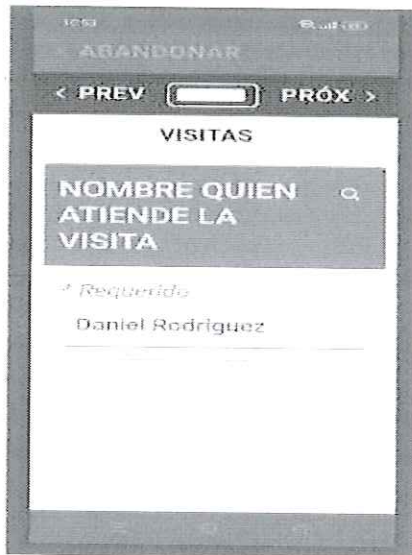
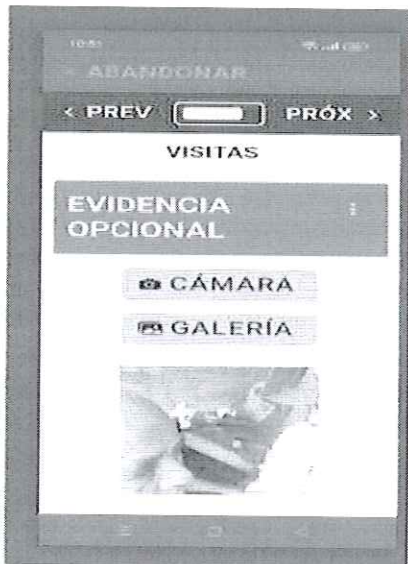
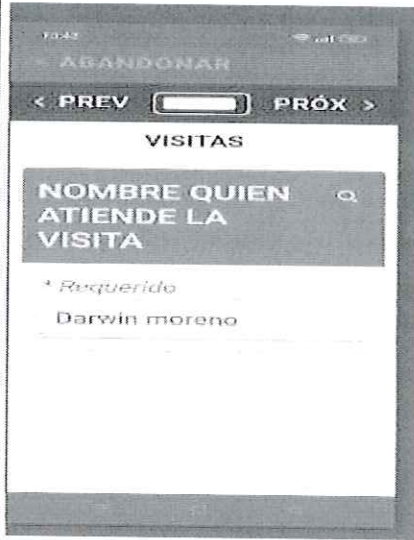
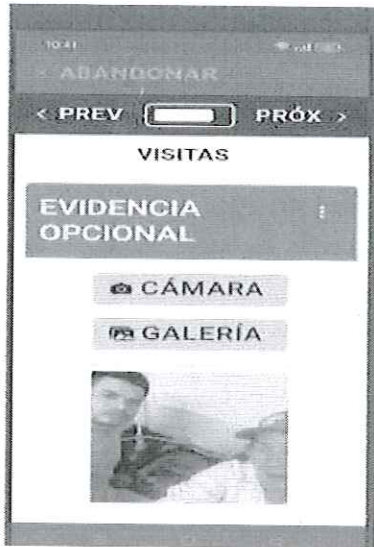
Actividad realizada.:En este periodo no se realizo esta actividad.

Actividad # 3: Efectuar inspecciones en los entornos: hogar, educativo, institucional y comunitario, con la finalidad de desarrollar actividades de:

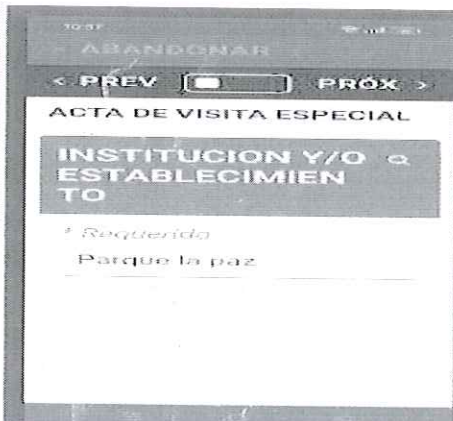
- Información, educación y capacitación IEC.
 - Inspección técnica para establecer factores de riesgo, criaderos y focos de vectores.
 - Tratamiento químico con biolavadas o adulticidas según se requiera.
- Reordenar el espacio, a través de la recolección de inservibles Como evidencia de la eliminación otros factores de riesgo que favorezcan la aparición de criaderos de mosquitos. Actividad realizada: Visita intraomunicipal barrio manantial.

Actividad realizada: Realicé 200 visitas domiciliarias , en el barrio Porvenir , de igual manera realicé educación a 200 personas sobre criaderos de zancudos y prevención de enfermedades transmitidas por estos..





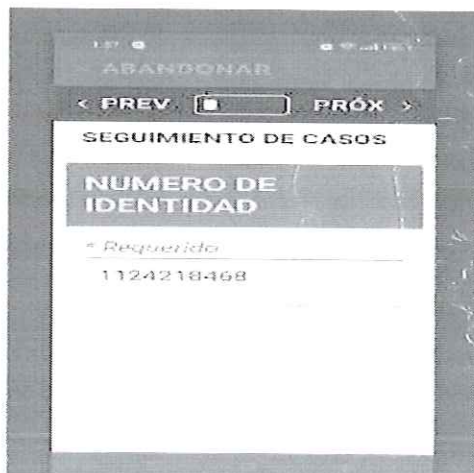
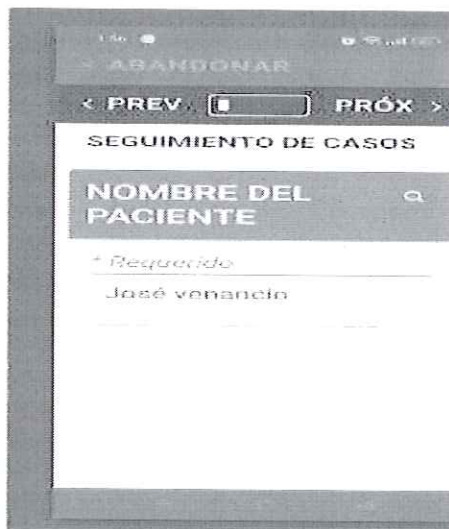
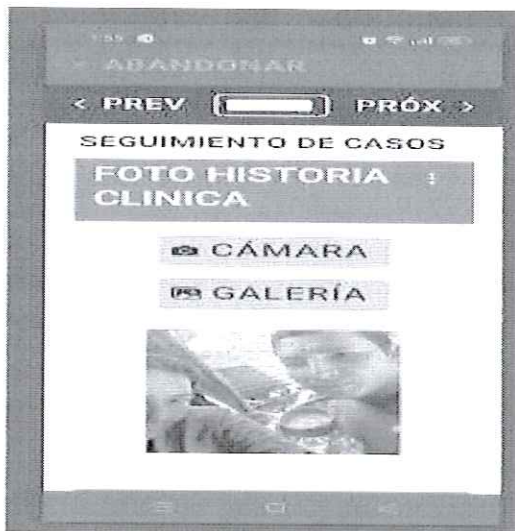
Visitas de inspección en el parque la paz del municipio de Lejanias:



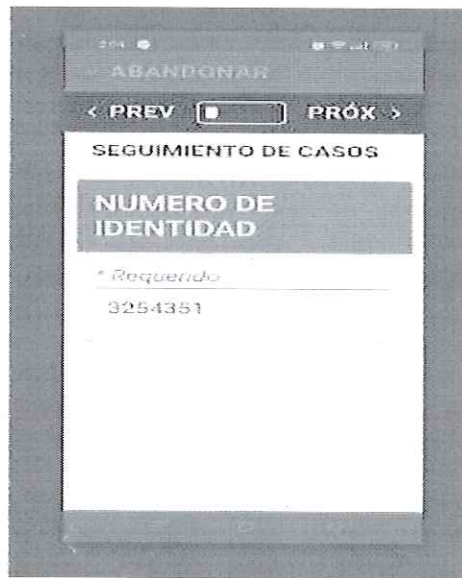
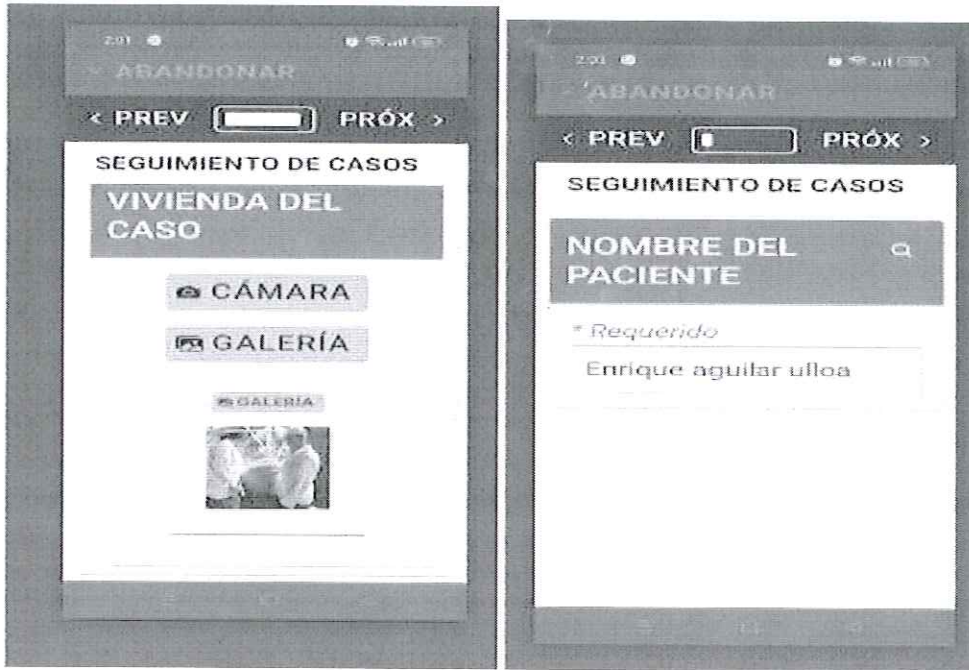


Actividad # 4: Seguimiento de casos de dengue hospitalizados: visitas a las viviendas de los pacientes para la ejecución de acciones de inspección, control y reordenamiento del espacio físico en el entorno hogar, de acuerdo al reporte efectuado por el ente territorial, la IPS o la Secretaría de salud, dando prioridad a los casos de dengues graves y mortalidades.

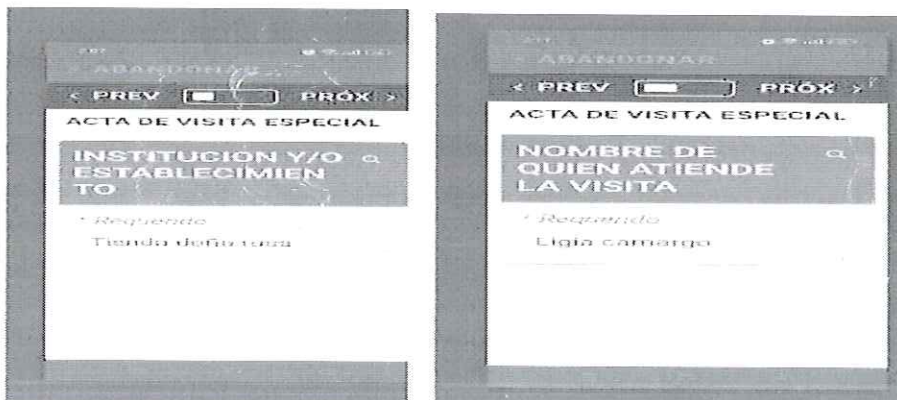
Actividad realizada: visita de segundo seguimiento al Señor José Venancio de la vereda Cacayal -Lejanias-Meta

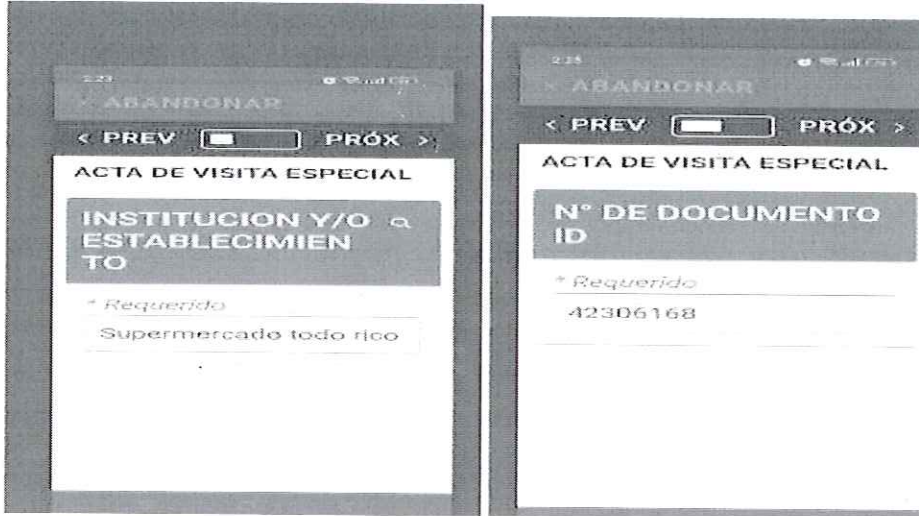


Segunda visita de seguimiento al señor Enrique Ulloa de la vereda la 24 municipio de Lejanias



Visitas de seguimiento:





Actividad #5: Participar en el levantamiento de los índices entomológicos en el Municipio asignado, para ello utilizar la metodología indicada y los recursos dispuestos para la actividad.

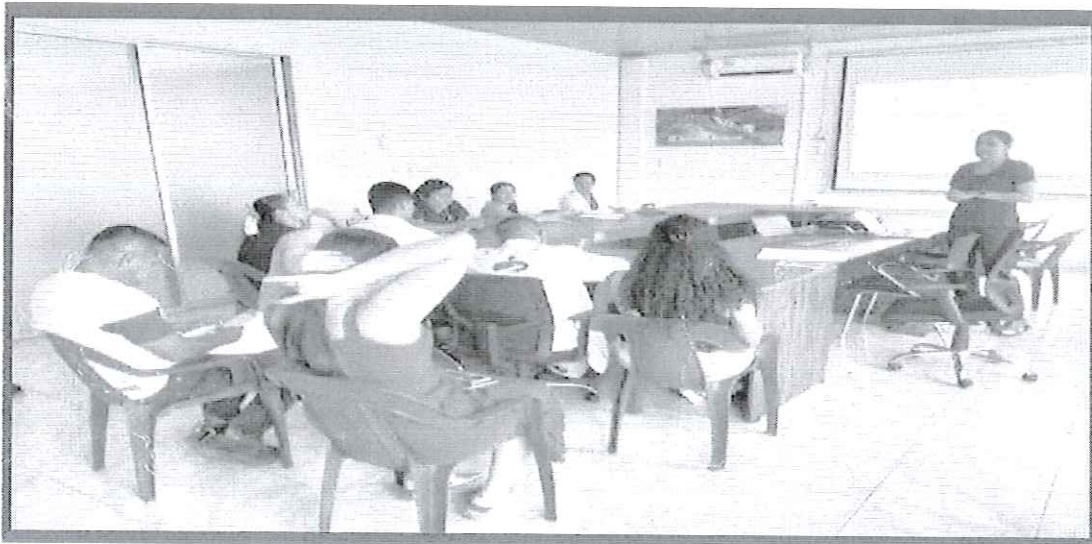
Actividad realizada: No se realizó esta actividad en este periodo

Actividad #6: Elaborar informes mensuales o con la periodicidad requerida de acuerdo a los formatos establecidos y tiempos determinados para ello según lo solicitado por referente del programa.

Actividad realizada: Se presenta este informe del periodo utilizando los formatos F-BS-15, F-BS-16, FBS-23, cuenta de cobro, e informe de contratista presentando las actividades realizadas durante el periodo.

Actividad #7: Participar en las reuniones presenciales o virtuales convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y/o la Coordinación del Programa ETV, de acuerdo a necesidades y requerimientos.

Actividad realizada: Participe en el COVE del día 09/04/2026, con la secretaria de salud del municipio de Lejanias.





ALCALDÍA DE LEJANÍAS META		SAI		CINA SOCIAL Y DE LA MUJER	
NIT. 82000444-4		LISTA DE ASISTENTES			
Nombre de la Actividad: COVE		Grupo o población a la que se dirige: COVE			
Responsable de la Actividad: PST		Fecha: 9 Oct 20			
Hora de Inicio: 2:30 PM		Hora de Terminación: 4:20 PM			
Nombre y Apellido	N° Documento	Teléfono	Sexo	Organización a la que pertenece	Asistencia
Paula Cincuenta	40403325	314369126	F	OTV	X
Luis Eddy Caldera	8604494	31263920	M	Miembros	X
Darla Subero Lopez	112184200	312035559	F	Comunidad	X
Jina Moral Sanchez	112185885	323248519	F	PuPlycay	X
Jermin Daniela Ruiz	1122119231	312465246	F	Wibbatt	X
Carolina Lopez	11038000	312201555	F	Comunidad	X
Heidy Guzmán	112020191	312112557	F	Comunidad	X
Norma Egan	37731537	30960175	F	Comunidad	X
Humberto Sanchez	2701225	313336018	M	Comunidad	X
Wales Huelgas	40819235	3153501	M	Comunidad	X
Yolanda Alcala	2220277	3013201	F	Comunidad	X
Nancy Carolina	119297212	3201055	F	Comunidad	X
Aracely Lopez	112183462	312430054	F	PST	X
Angela Sanchez	11219086	313515309	F	PST	X

Actividad #8: Hacer entrega de los documentos generados al supervisor del contrato de acuerdo al Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13). Asistencia a reuniones de capacitación y seguimiento. Entregue registro de asistencias al supervisor.

Actividad #9: Las demás que surjan para la correcta ejecución de las obligaciones contractuales. **Actividad realizada:** No se requirió de ninguna actividad para prestar apoyo

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer Pago	29/02/2026	28/03/2026	\$2.900.000	16.67%
Segundo pago	01/03/2026	28/03/2026	\$2.900.000	16.67%
Pago Autorizado en el Presente Informe	29/03/2026	28/04/2026	\$2.900.000	16.66%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	29/04/2023	28/07/2026	\$8.700.000	50%
Valor Total del Contrato Inicial	26/01/2026	28/07/2026	\$17.400.000	100%

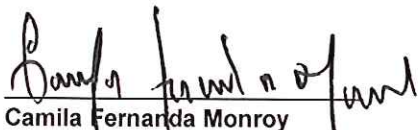
Artículo 3.2.7.5 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1273 de 2018, en relación con el pago y retención de aportes al Sistema de Seguridad Integral y Parafiscales.

Nota: Esta información debe estar en el informe del contratista


El contratista:

Concepto	Si	No	Detalle
1. ¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para la pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?		x	Si su respuesta es Sí, adjunte certificación.
2. ¿Cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos?		x	Si su respuesta es Sí, registre el valor del IBC de cada uno de ellos .
3. ¿La totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, producto de los ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos?		x	
4. ¿El valor total de sus IBC es superior a 4 salarios mínimos mensuales legales vigentes?		x	Si su respuesta es Si, adjuntar el pago del fondo de solidaridad pensional FSP
5. ¿Cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales?		x	
6. ¿Efectúa aportes por un Ingreso Base de Cotización (IBC) superior al 40% del valor mensualizado del contrato?		x	
7. ¿Pertenece a un Régimen Especial o de Excepción en salud?		x	
8. ¿Cotiza a salud de manera directa a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en		x	

Salud (ADRES) de conformidad con lo establecido por el Artículo 2.1.13?5?		
9. ¿Efectúa de forma voluntaria aportes a una Caja de Compensación Familiar?		x
10. ¿Realiza aportes voluntarios a pensión?		x



Camila Fernanda Monroy
C.C 40.403.329 de Villavicencio
Contratista. Celular: 3143691239

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 522-200-443	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO:	F-BS-23
		VERSIÓN:	5

Villavicencio, 11/05/2026

Doctora:
ANDREA DIAZ RAMIREZ
Secretaria de Salud del Meta
Gobernación del Meta

INFORME DE SUPERVISIÓN

Objetivo del Informe

Mantener informada a la Gobernación del Meta sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas sean hechas con calidad y en los términos adecuados.

Contrato No. y Fecha:	1067 del 29/01/2026		
Clase de Contrato:	Prestación de servicios		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	1677 del 29/01/2026		
Contratista:	Camila Fernanda Monroy	Nit./c.c.	40.403.329
Representante Legal:	N/A	c.c.	N/A
Supervisor:	Julio Ernesto Godoy Duran		40.403.329
Acto administrativo de designación supervisor: No. y Fecha	Oficio de designación de supervisión de fecha 29/01/2026		
Objeto:	Realizar procesos de asistencia operativa sobre las disposiciones del programa de enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles dirigidos a las personas, familias y comunidades, conforme a los lineamientos nacionales vigentes		
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Diecisiete millones cuatrocientos mil pesos (\$17.400.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (6) meses		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	29/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	28/07/2026

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	Valor de la Modificación (Cuando Aplique)	Fecha de expedición del documento	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A	Fecha Finalización: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	N/A		

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 592.000.145.2	INFORME DE SUPERVISIÓN				CÓDIGO:	F-BS-23
					VERSION:	5

Periodo de Pago:	Del	29/03/2026	Al	28/04/2026				
Tipo de Pago:	Anticipo	N/A	Parcial	X	Final	N/A	No. de Pago	3

Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números Máximo 2 Decimales)	Dos millones novecientos mil pesos (\$2.900.000) mcte
---	--


Se me designó como supervisor del contrato objeto de este informe, así para dar cumplimiento al Decreto No. 075 del 01 de marzo de 2021 por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta, me permito informar el desarrollo correspondiente al presente periodo de pago en los siguientes aspectos:

Cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato:

REQUISITOS	Si	No	N/A
Registro Presupuestal	X		
Otorgamiento oportuno de las garantías tanto al inicio como a lo largo de la vida del contrato, de la aprobación de dichas garantías y las demás que correspondan según el contrato y la Ley			X
Existencia de las licencias y/o autorizaciones que se requieran contractual y legalmente para proceder a suscribir el acta de inicio del contrato)			X
Afiliación a Administradora de Riesgos Laborales ARL	X		
Publicaciones en Secop	X		
Publicaciones en SIA Observa	X		
Carpeta física actualizada en la Gerencia de Asuntos Contractuales	X		

Ejecución de las actividades en cumplimiento de las obligaciones específicas en el periodo del informe:

ITEM	ACTIVIDAD	SOPORTE DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar y presentar al supervisor un plan de trabajo detallado que contemple las actividades, metas, cronograma y recursos necesarios para la implementación durante el periodo contractual alineado con los lineamientos nacionales y departamentales	La contratista presenta cronograma de actividades. Anexa imagen del cronograma como evidencia
2	Articular las actividades asignadas correspondientes al programa ETV, con el ente territorial del municipio asignado, con la finalidad de concurrir en el desarrollo de las actividades encaminadas a mitigar o disminuir las ETV de competencia del departamento.	Esta actividad no se desarrolló en este periodo
3	Realizar inspecciones en los entornos hogar, educativo, institucional, y comunitario de desarrollar actividades de : <ul style="list-style-type: none"> • Información, educación y capacitación IEC • inspección técnica para establecer Factores de riesgo, criaderos y focos de vectores. 	La contratista realiza 200 visitas domiciliarias, en el barrio Porvenir del municipio de Lejanías de igual manera realizó educación a 200 personas sobre criaderos de zancudos y prevención de enfermedades transmitidas por estos. Anexa imágenes

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 932.032.145.9	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO: F-BS-23
		VERSIÓN: 5

ITEM	ACTIVIDAD	SOPORTE DE CUMPLIMIENTO
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento químico con biolarvicidas o adulticidas según se requiera. • Reordenar el espacio a través de la recolección de inservibles como evidencia de la eliminación otros factores de riesgo que favorezcan la aparición de criaderos de mosquitos 	
4	Seguimiento de casos de dengue hospitalizados: visitas a las viviendas de los pacientes para la ejecución de acciones de inspección, control y reordenamiento del espacio físico en el entorno hogar, de acuerdo al reporte efectuado por el ente territorial, la IPS o la Secretaría de salud, dando prioridad a los casos de dengues graves y mortalidades.	La contratista realiza seguimiento a dos casos de dengue registrados en el sistema EPICOLET. Realiza visitas especiales
5	Participar en el levantamiento de los índices entomológicos en el Municipio asignado, para ello utilizar la metodología indicada y los recursos dispuestos para la actividad.	No se realizó esta actividad en este periodo
6	Elaborar informes mensuales o con la periodicidad requerida de acuerdo a los formatos establecidos y tiempos determinados para ello según lo solicitado por referente del programa,	No se realizó esta actividad en este periodo
7	Participar en las reuniones presenciales o virtuales convocadas por la Gerencia de Promoción y Prevención y/o la Coordinación del Programa ETV, de acuerdo a necesidades y requerimientos.	La contratista participa en COVE en el municipio de Lejanías. Anexa acta de reunión.
8	Hacer entrega de los documentos generados al supervisor del contrato de acuerdo al Procedimiento para la Organización de Archivos (P-RF-13). Asistencia a reuniones de capacitación y seguimiento	Realiza Entrega registro de asistencias y actas de reunión, y en reunión realizada en el auditorio de la Secretaría de salud del Meta, programa ETV
9	Las demás que surjan para la correcta ejecución de las obligaciones contractuales	En este periodo no se requirió de ninguna actividad para prestar apoyo

Evaluación y Reevaluación del Contratista

Rango de Calificación	
Excelente	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios.
Bueno	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios.
Regular	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. 152.000.143.3	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO:	F-BS-23
		VERSIÓN:	5

No Cumple	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.
------------------	---

Evaluación y Reevaluación del Contratista	Calificación
CUMPLIMIENTO: (Oportunidad en la entrega de los productos y/o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	Bueno
CALIDAD: (Grado en el que el producto y/o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	Bueno
COMUNICACIÓN: (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	Bueno
EVALUACIÓN GENERAL: (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	Bueno


Cumplimiento de las Obligaciones de Seguridad Social:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) y parafiscales correspondiente al periodo del presente informe como se establece en el F-BS-16 Certificado del Supervisor Autorizando el Pago.

Certificación de Cumplimiento General

De acuerdo con la información anteriormente suministrada y la contenida en el F-BS-16 Certificado del Supervisor Autorizando el Pago, certifico que durante el periodo objeto de este informe, el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones del contrato, y cumplió con el pago del sistema de seguridad social, la cual fue verificada física y documentalmente por el suscrito.

Cordialmente;

Firma:	
Nombre:	JULIO ERNESTO GODOY DURAN
Cargo:	Profesional Especializado
	Supervisor



GOBERNACION DEL META

Cra. 33 No. 38-45
NIT. 892000148-8
VILLAVICENCIO
Fecha : 17/04/2026

COMPROBANTE
DE EGRESO N° **5361**
FECHA: 17/04/2026

Beneficiario: 40403329 - MONROY CAMILA FERNANDA
Cuenta No: 0570463170004204 Banco: DAVIVIENDA Cuenta de Ahorros
Concepto : SEGUNDO PAGO CONTRATO 1067 DE 2026 PERIODO DEL 01/03/2026 AL 28/03/2026 BPIN 202500000028475 REALIZAR PROCESOS DE ASISTENCIA OPERATIVA SOBRE LAS DISPOSICIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DIRIGIDOS A LAS PERSONAS FAMILIAS Y COMUNIDADES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES VIGENTES
Valor Egreso: 2,697,000.00 Orden: 5821
Banco: BANCO DE BOGOTA Cuenta N° : 364-13003-9

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110060924	Bta. 364-13003-9 Part. Salud Publica - Fdo Dptal Del Meta	0.00	2,697,000.00
24010102	Adquisicion De Servicios	2,697,000.00	0.00
TOTALES		2,697,000.00	2,697,000.00

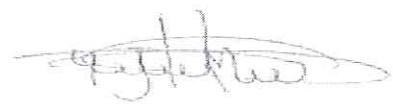
DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
030302 - 2.3.19.1905.0300.008.2.3.2.02.02.008 - 32	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.5821

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
2 Estampilla de Turismo 2% S/n Ord 1184-2022	-2,00	2,900,000.00	-58,000.00
1 Rete ICA Tarifa 10x1000 LEJANIAS	-1,00	2,900,000.00	-29,000.00
2 Estampilla de Prodesarrollo 2% S/n Ord 1184-2022	-2,00	2,900,000.00	-58,000.00
2 Estampilla de Cultura 2% S/n Ord 1184-2022	-2,00	2,900,000.00	-58,000.00
Total Descuentos(-)y Otros recargos(+)		-S	203,000.00
		VALOR NETO S	2.697.000,00


BERTHA ELENA CHIQUELLO BARRAGAN
Elaboró


YENCY JOHANA MORALES RIAÑO
Gerencia de Tesoreria

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 5,361

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
40403329	MONROY CAMILA FERNANDA	2,697,000.00	0570463170004204	de Ahorros	DAVIVIENDA	
TOTAL		2,697,000.00				

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: BCHIQUELLOB