



## INFORME DE SUPERVISIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

| INFORMACIÓN GENERAL  |   |                       |  |      |                          |
|--|---|-----------------------|--|------|--------------------------|
| Marque con una X el tipo de documento:   |   |                       |  |      |                          |
| CONTRATO   | x   | CONVENIO              |  |      | <b>Acta No 1 y final</b> |
| Número:  | 017   | de                    | Año  | 2026 |                          |
| <b>OBJETO:</b><br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURA DE VACUNACIÓN DE TRAZADORES EN EL MUNICIPIO DE EL BAGRE. |   |                       |  |      |                          |
| Contratista:   | MAROLY GUEVARA MEZA   |                       |  |      |                          |
| Código de Proyecto   | 20250000005500  | Nombre del proyecto   | FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE EL BAGRE ANTIOQUIA   |      |                          |
| <b>CLASIFICACIÓN PLAN DE DESARROLLO</b>  |   |                       |  |      |                          |
| Línea estratégica  | 1: HUMANIZANDO A EL BAGRE CON JUSTICIA SOCIAL   |                       |  |      |                          |
| Sector   | Salud   | Programa              | 1903- INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL   |      |                          |
| Objetivo Programático  | Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y disminución de la enfermedad, mejorando las condiciones de vida de la población del municipio de El Bagre. |                       |  |      |                          |
| Código de Producto   | 190300100, 190302800, 190303100, 190305700 y 190303400  | Indicador de Producto | Municipios con acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis realizadas y Asistencias técnicas realizadas |      |                          |

**Nota:** Cuando es por funcionamiento, colocarles No Aplica

| INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN  |  |    |            |    |      |
|--|--|----|------------|----|------|
| Registro Presupuestal (artículo 42 ley 80):                          | 00629  | de | 13 DE MAYO | de | 2026 |
| Fecha aprobación de Pólizas Garantías:                               | N/A  | de | N/A        | de | N/A  |
| Fecha de inicio:<br>Debe ser la misma de la fecha del acta de inicio | 13   | de | MAYO       | de | 2026 |
| Duración total:  | VEINTE (20) DIAS, contados a partir de la suscripción del acta de inicio |    |            |    |      |
| Fecha de terminación:  | 01   | de | JUNIO      | de | 2026 |

### BALANCE FINANCIERO

El contrato/convenio/orden de aceptación estipuló anticipo: SI \_\_\_\_\_ No X

\*Si manejo anticipo, relacione los datos de la cuenta para la consignación de los anticipos en el cuadro a continuación



ALCALDIA DE EL BAGRE  
NIT.890984221-2

|         |          |
|---------|----------|
| CODIGO  | F-GC-026 |
| VERSION | 005      |

|        |            |                |           |
|--------|------------|----------------|-----------|
| Cuenta | 2. Ahorros | Número Cuenta: | 3. Banco: |
|--------|------------|----------------|-----------|

El supervisor deberá anexar los siguientes documentos de programación y seguimiento del anticipo

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Plan de inversión del anticipo /<br>Modificación al plan de inversión | 4. Formato control de<br>seguimiento<br>anticipo*        | 5. Conciliación<br>bancaria |
| Extractos bancarios   | 6. Certificación bancaria sobre rendimientos financieros |                             |

\*La legalización del anticipo debe ser en función a la programación acordada con el contratista y debe coincidir la programación con la actividad y el valor aprobado en las fechas respectivas

|   |               |   |                            |            |                          |                                  |                 |         |
|---|---------------|---|----------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|---------|
| Anticipo inicial % (1)                              | 0,00%         | Valor anticipo inicial (5)              |                            |            |                          |                                  |                 |         |
| Fecha de Desembolso del anticipo (2)                | DD/MM/AAAA    | Valor anticipo adiciones (6)            |                            |            | \$                       |                                  |                 | -       |
| No. De Orden de pago desembolso anticipo (3)        |               | Valor total anticipo (7)                |                            |            |                          |                                  |                 |         |
| % Anticipo de adiciones (4)                         | 0,00%         | Saldo pendiente por amortizar (8)       |                            |            | \$                       |                                  |                 | -       |
| Balance General                                     |               | Pagos realizados al contratista/entidad |                            |            |                          |                                  |                 |         |
| Concepto  | Valor         | Concepto (16)                           | Comprobante de egreso (17) | Fecha (18) | Valor total factura (19) | Valor amortización anticipo (20) | Valor neto (21) | % (22)  |
| Valor inicial (9)                                   | \$ 20.000.000 | Acta 1 y final                          |                            |            | \$ 20.000.000            | \$ -                             | \$ 20.000.000   | 100,00% |
| Valor Adiciones (10)                                | \$ -          |   |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor Reducciones (11)                              | \$ -          |   |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor Total (12)                                    | \$ 20.000.000 |   |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor pagado (13)                                   | \$ -          |   |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor causado que no se ha pagado (14)              | \$ 20.000.000 |   |                            |            |                          | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor total ejecutado (15)                          | \$ 20.000.000 |   |                            |            | \$ -                     | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
| Valor por ejecutar (16)                             | \$ -          |   |                            |            | \$ -                     | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
|   |               |   |                            |            | \$ -                     | \$ -                             | \$ -            | 0,00%   |
|   |               | TOTALES                                 |                            |            | \$ 20.000.000            | \$ -                             | \$ 20.000.000   | 100,00% |
| NOTA: LAS CASILLAS SOMBREADAS NO SE DEBEN MODIFICAR |               |   |                            |            |                          |                                  |                 |         |



**INSTRUCTIVO PARA DILGENCIAMIENTO DEL BALANCE FINANCIERO**

- Anticipo Inicial:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo. Si no tiene anticipo, registre 0.00%
- Fecha de Desembolso del anticipo:** Registre la fecha de desembolso del anticipo.
- No. Orden de pago de Anticipo:** Registre el número de la orden de pago del anticipo.
- Anticipo de Adiciones:** Registre el valor del porcentaje determinado como anticipo de las adiciones. Si no se efectuaron, registre 0.00%
- Valor del anticipo Inicial:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (1) \* Casilla (9)
- Valor del anticipo adiciones:** Corresponde a la multiplicación de la casilla (4) \* Casilla (10)
- Valor Total anticipo:** Es la sumatoria de la casilla (5) + (6) ( $\Sigma$  Valor anticipo inicial + Valor anticipo adiciones).
- Saldo pendiente por amortizar:** Es la diferencia entre la casilla (7) Valor total anticipo -  $\Sigma$  De la casilla (21) Valor total amortización anticipos.
- Valor Inicial:** Este es valor del contrato/convenio/orden de aceptación inicial principal sin adiciones.
- Valor Adiciones:** En esta casilla se deben incluir las adiciones realizadas
- Valor Reducciones:** En esta casilla se deben incluir las reducciones realizadas
- Valor Total:** Es la suma de la casilla (9) + (10)
- Valor Pagado:** Es la suma de la columna de valor total de la factura (19).
- Valor Causado no Pagado:** Este corresponde al valor bruto (sin incluir amortizaciones) de la factura que se está radicando para pago.
- Valor Total Ejecutado:** Es la sumatoria de la casilla (12) + (13) ( $\Sigma$  Valor pagado + Valor causado no pagado).
- Valor por ejecutar diferencia** entre el Valor Total y Valor Total Ejecutado.
- Concepto:** Corresponde a los Números de pago realizados
- Orden de Pago:** Registre el Número de la orden de pago.
- Fecha:** Registre la fecha de la Numero de orden de pago.
- Valor Total Factura:** Corresponde al valor de factura
- Valor Amortización anticipo:** Registre el valor de amortización del anticipo para la factura, tenga en cuenta que este debe estar de acuerdo con la forma de amortización estipulada en el contrato/convenio/orden de aceptación inicial.
- Valor Neto:** Es la diferencia entre el valor de la factura (19) y Valor Amortización anticipo (20)
- %:** Es la División entre el valor total del (11) y el valor total de la factura (19)

|   |  |                  |    |
|---|--|------------------|----|
| <b>2. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APARTES PARAFISCALES</b> |  |                  |    |
| 3.  | El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50. | SI x             | NO |
|   |  | Marque con una X |    |

**ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO**

| <b>Estado de avance de la ejecución física a la fecha (%)</b>  |  | <b>100%</b>  |
|--|--|--|
| <b>Formula:</b> Alcance Prestación Bien o Servicio = % Total Pactado Contractualmente<br>*Esto debe estar acorde con el Objeto y Forma de Pago, contenido en el contrato suscrito. |  |  |
| <b>Descripción de la ejecución actual (De acuerdo con el cronograma de actividades):</b>   |  |  |
| Nº   | Obligaciones del Contratista/Entidad   | Estado de avance de la obligación  |
| 1  | Aplicación de encuesta Monitoreo de Cobertura, oportuna y esquema de vacunación en la zona urbana. | <b>% de Avance: 25%</b>  |
|  |  | <b>Descripción del avance:</b> Se verifico que la contratista realizó la aplicación de encuesta Monitoreo de Cobertura, oportuna y esquema de vacunación en la zona urbana.. |
|  |  | <b>Entrega producto Si _X No ___</b>   |
|  |  | <b>Ubicación:</b> casco urbano y rural   |
| 2  | Búsqueda activa comunitaria de enfermedades inmunoprevenibles en la zona urbana.                   | <b>% de Avance: 25%</b>  |
|  |  | <b>Descripción del avance:</b> Se evidencio que la contratista llevó a cabo Búsqueda activa  |



|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | comunitaria de enfermedades inmunoprevenibles en la zona urbana<br><b>Entrega producto Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b><br><b>Ubicación:</b> secretaria de salud.  |
| 3 | Tabulación y consolidación de monitoreo de coberturas de vacunación y BAC                | <b>% de Avance: 25%</b><br><b>Descripción del avance:</b> Se evidenció que la contratista realizó la Tabulación y consolidación de monitoreo de coberturas de vacunación y BAC<br><b>Entrega producto Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b><br><b>Ubicación:</b> secretaria de salud.   |
| 4 | Informe de análisis de información de resultado de monitoreo de cobertura de vacunación. | <b>% de Avance: 25%</b><br><b>Descripción del avance:</b> Se evidencio que la contratista realizó todas las actividades descritas en el contrato, suministrando las evidencias correspondientes en el informe de actividades.<br><b>Entrega producto Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b><br><b>Ubicación:</b> Secretaria de salud |

| 4. VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CLAUSULAS AMBIENTALES |  |                             |
|--|--|-----------------------------|
| 5.   | El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA/ENTIDAD de sus obligaciones ambientales mediante el control operacional respectivo. | 6. <b>SI X</b> 7. <b>NO</b> |

**ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO**  
(Diligencie un bloque por cada problema identificado)

| Nº | Problema identificado que afecta la ejecución | Justificación | Acciones implementadas para solucionar los problemas identificados |
|----|---|---------------|--|
| 1  |   |               |  |

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción)</b><br>Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 “La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria”. Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista. | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|---|-----------|-----------|

| Calificación del Servicio:                         | Sobresaliente<br>(Califique entre 4,6 y 5,0) | Satisfactorio<br>(Califique entre 4,0 y 4,5) | Aceptable<br>(Califique entre 3,0 y 3,9) | Deficiente<br>(Califique entre 2,0 y 3,0) | Inaceptable<br>(Califique entre 1,0 y 1,9) |
|--|--|--|--|---|--|
| 1. Oportunidad en la prestación final del servicio | X  |  |  |   |  |



ALCALDIA DE EL BAGRE  
NIT.890984221-2

|         |          |
|---------|----------|
| CODIGO  | F-GC-026 |
| VERSION | 005      |

|  |   |   |  |    |      |
|--|---|---|--|----|------|
| 2. Calidad del servicio prestado por el Contratista / Entidad  | X |   |  |    |      |
| 3. Oportunidad en la presentación de informes, facturas y demás documentos requeridos por la supervisión | X |   |  |    |      |
| 4. Cumplimiento Real de los tiempos establecidos en la ejecución, respecto al cronograma establecido.    | X |   |  |    |      |
| 5. Valores agregados ofrecidos por el Contratista / Entidad  |   | X |  |    |      |
| 6. Impacto del servicio prestado por el contratista / entidad  | X |   |  |    |      |
| <b>Se harán efectivas Pólizas (Diligencie con una X)</b>   |   |   |  | SI | NO X |
| <b>¿Por qué? Anexar Soportes</b>   |   |   |  |    |      |
| <b>¿Se debe declarar el incumplimiento? (Diligencie con una X) Anexar Soportes</b>                       |   |   |  | SI | NO X |
| <b>¿Se interpusieron multas? (Diligencie con una X) Anexar Soportes</b>                                  |   |   |  | SI | NO X |

|   |         |    |
|---|---------|----|
| <b>SE REQUIERE LIQUIDAR (Señale con una X una sola opción)</b><br>Conforme lo establece en el art. 217 del Decreto 19 de 2012 “La liquidación de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión no será obligatoria”. Si el contrato no requiere liquidación, el Supervisor debe verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y revisar si existen saldos a favor del MEN o a favor del contratista. | SI<br>X | NO |
|---|---------|----|

|   |    |
|---|----|
| Para constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los<br>Por ningún motivo la fecha del presente documento puede ser anterior a la<br>fecha de finalización, ni posterior a los 4 meses de la misma. | 21 |
| días del mes de MAYO De 2025  |    |

| ANEXOS  | OBSERVACIÓN                | ✓ |
|---|----------------------------|---|
| Soporte de pagos de Salud, Pensión y ARL  | Personas Naturales         | X |
| Certificación de pago de aportes de parafiscales, expedido por contador público o representante legal | Persona Jurídica           |   |
| Informe de actividades del contratista con respectivas evidencias                                     | Persona Natural / Jurídica | X |
| Factura o cuenta de cobro   | Persona Natural / Jurídica | X |

**SUPERVISOR**  
Nombre: Adriana Alejandra Amaya Acevedo  
Cargo: SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL