1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número 06

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. 4145.010.26.1.0591-2025

Nombre completo del contratista: EDWARD CAMILO ROSALES NARVAEZ

Documento de identificación: 16.793.593 de Cali- Valle

Nombre del supervisor: OLGA LUCIA CUELLAR MEJIA

Organismo: SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

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 26005480.*

3. INFORME JURÍDICO

Fecha de Inicio	Fecha terminación
18 de Febrero del 2025	31 de Agosto del 2025

Modificación(es) al contrato: Adición y prórroga No. 001, suscrita el 18 de Junio de 2025.

Suspensión: N/A

Reanudación: N/A

Cesión: N/A

Terminación anticipada: 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.

4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor inicial del contrato: Es la suma de trece millones novecientos sesenta y cinco mil pesos mcte ($13.965.000).

Adición: adición numero 1: por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS ($ 5.586.000), suscrita el 25 Junio del 2025.

Prórroga: Prorroga 1: por dos (2) meses hasta el 31 de Agosto del 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
$ 19. 551.000.	$ 2.793.000	$ 13.965.000	$ 2.793.000

Información del pago de seguridad social:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: 1073285386 No.PIN, Autorización, Referencia Pago: 8822997728 Operador: SIMPLE Fecha de Pago: Julio 15 del 2025 Periodo de pago de la seguridad social: Junio del 2025

Observaciones al informe financiero y contable: NO APLICA para estampillas de adulto mayor.

5. INFORME TÉCNICO

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.

Concepto Supervisor:

ITEM	DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS
1	Apoyó la implementación de la estrategia educativa para la prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores: recorridos, diagnósticos, talleres, prácticas, evaluaciones y seguimiento, realizando: La etapa Profundización y consolidación de multiplicadores con la actividad Prácticas de seguimiento en los territorios priorizados Manuela Beltrán comuna 14, El Vallado comuna 15, San Luis 2 comuna 6, Salomia comuna 4; y La etapa Reconocimiento y apropiación con la actividad Recorrido de reconocimiento – Diagnóstico en los territorios priorizados Republica de Israel y Antonio Nariño comuna 16.
2	Apoyó la realización de las acciones intra y extramurales de prevención y contro de las enfermedades transmitidas por vectores, realizando talleres de capacitació con stand educativo en Jornada entorno a tu salud en el centro comercial Marvella comuna 22, territorios el Guabal comuna 10, Bueno Madrid, , empresa Ingredion comuna 4, Jornada Antonio Nariño..
3	Apoyó las actividades de Información, comunicación y movilización en los territorios priorizados El Vallado comuna 15 y Manuela Beltrán comuna 14, San Luis II y actividad Practicas de seguimiento en el territorio priorizado Terrón, colorado comuna 1, realizando informes y listados de asistencia.
4	Participó en las reuniones de seguimiento y planificación de actividades del equipo designado. Participó en la reunión de entrega de soportes y seguimiento de actividades en los territorios priorizados. Participó en la reunión de elaboración de materiales y trabajos administrativos de soporte de las actividades de la implementación de la estrategia módulo ECOSALUD para los diferentes territorios priorizados. Participó en las reuniones de seguimiento y planificación de actividades del equipo designado. Participó en la reunión de entrega de soportes y seguimiento de actividades en los territorios priorizados. Participó en la reunión de elaboración de materiales y trabajos administrativos de soporte de las actividades de la implementación de la estrategia módulo ECOSALUD para los diferentes territorios priorizados. Participó en las reuniones de seguimiento y planificación de actividades del equipo designado.

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.

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 Cali vinculado a la Secretaria de Salud, mediante contrato de Prestación de Servicios No_____, durante el tiempo comprendido entre el: _____, a la fecha no posee elementos devolutivos a su cargo de propiedad del Municipio de Santiago de Cali, entregados por parte d esta oficina.

Así mismo se encuentra a Paz y Salvo del Archivo de Gestión Documental, ORFEO y otros sistemas, entrego Backup al área de Sistemas

Observaciones al informe técnico:
Realizar la verificación de las evidencias en el CD que se anexa

6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

Durante este periodo no se hicieron observaciones

7. FIRMAS RESPONSABLES



_____

Nombre y firma del Supervisor

Fecha de suscripción del informe de supervisión: 16 de Julio del 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.