

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN No. 2114 DE 2026

Objeto: “CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.

Contratista: ALISHA S.A.S.
Identificación: NIT. 901573799-2
Representante Legal: KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI
Identificación: C.C. 1.121.201.336
Referencia: COMUNICACIÓN DE ACEPTACIÓN DE OFERTA INVITACIÓN No. GOB-AMA-MC-0029 DE 2026

WILSON ELIZALDE MUR, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.335.258 en calidad de Secretario de Desarrollo Institucional facultado para suscribir contratos, según Decreto No. 0017 de fecha 10 de enero de 2025, *actuando en nombre y representación del DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS con NIT. 899999336-9*, informa a **ALISHA S.A.S.**, identificado como aparece en el Formato 1 – Carta de Presentación de la oferta, que se aceptan los términos y condiciones de la oferta presentada al proceso de selección de mínima cuantía No. **GOB-AMA-MC-0029 DE 2026**.

El contrato se registrará por las Leyes 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011, 1882 de 2018, Decreto Ley 019 de 2012 y el Decreto 1082 de 2015, el Código Civil y de Comercio, las demás normas legales aplicables a la materia, y las siguientes condiciones:

PRIMERA. OBJETO: El objeto del contrato es “CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL..”

SEGUNDA. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD: La entidad está obligada a:



Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
OFICINA ASESORA JURÍDICA



- a. Pagar la contraprestación a la que tiene derecho el contratista.
- b. Exigir al contratista la ejecución idónea y oportuna de las obligaciones del presente contrato.
- c. Suministrar la información que previamente requiera el contratista en relación con el objeto del presente contrato.
- d. Efectuar la supervisión y seguimiento del presente contrato.

Además, cumplir con lo definido en la ley 80 de 1993, ARTÍCULO 4o. DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS ENTIDADES ESTATALES. Para la consecución de los fines de que trata el artículo anterior, las entidades estatales:

“1o. Exigirán del contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Igual exigencia podrán hacer al garante.

2o. Adelantarán las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar.

3o. Solicitarán la actualización o la revisión de los precios cuando se produzcan fenómenos que alteren en su contra el equilibrio económico o financiero del contrato. (...).”

TERCERA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

Obligaciones Generales del Contratista

- Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno entre EL CONTRATISTA y EL DEPARTAMENTO.
- Participar y apoyar al DEPARTAMENTO en todas las reuniones a las que éste lo convoque relacionadas con la ejecución del contrato.
- Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto del presente contrato.
- Atender los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del Contrato le imparta EL DEPARTAMENTO a través del supervisor del mismo, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.
- Entregar al supervisor del Contrato los informes que se soliciten sobre cualquier aspecto y/o resultados obtenidos cuando así se requiera.
- Presentar la cuenta de cobro de conformidad con la forma de pago estipulada en el contrato, junto con el informe de las actividades realizadas para cada pago.
- Guardar estricta reserva sobre toda la información y documentos que tenga acceso, maneje en desarrollo de su actividad o que llegue a conocer en desarrollo del contrato y que no tenga carácter de pública. En consecuencia, se obliga a no divulgar por ningún medio dicha información o documentos a terceros, sin la previa autorización escrita del DEPARTAMENTO.



Libertad y Orden

- Mantener correctamente actualizados cada uno de los sistemas de información que maneje en desarrollo de su actividad.
- Cumplir con la política de buen trato para con los demás colaboradores internos y externos del DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS, y actuar con responsabilidad, eficiencia y transparencia.
- Colaborar con EL DEPARTAMENTO en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del contrato objeto del presente documento.
- Utilizar la imagen de DEPARTAMENTO de acuerdo con los lineamientos establecidos por éste. Salvo autorización expresa y escrita de las partes ningún funcionario, podrá utilizar el nombre, emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios o de cualquier otra índole.
- Durante la ejecución del contrato el contratista deberá cumplir con las normas reglamentarias sobre seguridad y salud en el trabajo, medicina preventiva, higiene y seguridad industrial y los demás aspectos inherentes que han sido establecidos o establezca la ley y los organismos de control.
- Es responsabilidad del contratista garantizar las condiciones de seguridad de su personal, así como de los equipos propios o de la empresa; para esto deberá disponer de procedimientos estandarizados para las actividades de alto riesgo y garantizar mecanismos verificables de control operativo.
- El contratista es responsable del reporte a la ARL y EPS, atención en salud e investigación de los incidentes y accidentes de trabajo presentados durante el desarrollo de las actividades objeto del contrato.
- El DEPARTAMENTO podrá suspender trabajos del contratista si éstos no se ajustan a los estándares de seguridad establecidos por normas técnicas nacionales o internacionales o a la normatividad legal.

Obligaciones Específicas del Contratista

- Entregar la totalidad de los ítems de acuerdo con las condiciones técnicas solicitadas.
- El Servicio de alquiler de carpas, entrega de refrigerios y almuerzo se realizará de acuerdo con las condiciones técnicas exigidas en el proceso y en el lugar del evento de acuerdo con el cronograma establecido por el supervisor.
- El Servicio de alimentación y refrigerios, deberán prestarse en la ciudad de y el municipio de Puerto Nariño, de acuerdo con el cronograma entregado por el supervisor, garantizando la calidad, oportunidad e inocuidad de los alimentos.
- Acatar las instrucciones que le solicite el supervisor del contrato con respecto al suministro de refrigerios.
- Realizar la entrega de los bienes del contrato en el almacén departamental en la ciudad de Leticia, cinco (5) días después del inicio del proceso, con el fin de garantizar el cumplimiento de las actividades del contrato.
- Mantener los precios establecidos en la oferta que acompaña la propuesta presentada por el proponente seleccionado.



Libertad y Orden

- El contratista será el único responsable por daños y perjuicios que pueda ocasionar a terceros en caso de suministrar alimentos que produzca intoxicación u otro daño.
- Las demás contempladas en el artículo 5 de la Ley 80 de 1993 y las que se deriven directamente del objeto contractual.

CUARTA. RESPONSABILIDAD: El contratista es responsable por el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato. Además, responderá por los daños generados a la entidad en la ejecución del contrato, causados por sus contratistas, empleados o sus subcontratistas.

QUINTA. VALOR: El valor del contrato es por la suma de **SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL PESOS (\$78.423.000) MCTE**, equivalentes a 44,7 SMLMV para el año de aceptación de la **oferta 2026** suma que se encuentra discriminada en la oferta económica presentada.

SEXTA. FORMA DE PAGO: El valor del contrato será pagado de la manera que se detalla a continuación:

El valor del contrato será pagado de la manera que se detalla a continuación:

La GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS pagará al CONTRATISTA el valor del contrato de forma total acorde con las siguientes especificaciones:

Se pagará al contratista en pagos parciales, previa presentación de la factura correspondiente, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para este solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza

SEPTIMA. PLAZO DEL CONTRATO: El plazo de ejecución del contrato será de OCHO (8) MESES o hasta agotar techo presupuestal. contados a partir de la firma del acta de inicio entre las partes.

OCTAVA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL: El pago de la suma estipulada en esta comunicación se sujetará a la apropiación presupuestal correspondiente y específicamente al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **2470 de 07 de abril de 2026:**

PRESUPUESTO	CÓDIGO BPIN	RUBRO	NOMBRE	VALOR
Inversión	202500000001886	0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05. 14 - 41	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$50.000.000
Inversión	202500000001886	0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05. 14 - 141	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$28.423.000

NOVENA. SUPERVISIÓN: La supervisión del contrato estará a cargo del **P.U. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES** o quien haga sus veces, el cual se realizará de conformidad con el manual de supervisión e interventoría de la entidad. En todo caso, el ordenador del gasto podrá variar unilateralmente la designación del supervisor, comunicando por escrito al designado, con copia a la Oficina Asesora Jurídica

DÉCIMA. GARANTÍAS: De conformidad con lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.1.5.4 del Decreto 1082 de 2015 y por la cuantía del contrato a suscribir el Departamento no exigirá garantías.

DÉCIMA PRIMERA. LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO CONTRACTUAL: Las actividades previstas en el presente contrato se deben desarrollar en el municipio de Leticia (Amazonas).

DÉCIMA SEGUNDA. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: El presente contrato se perfecciona con la firma de este documento por parte del ordenador del gasto. Para su ejecución, se requiere la aprobación de las garantías si a ello hubiere lugar, y el Registro Presupuestal correspondiente.

DÉCIMA TERCERA. DOCUMENTOS: Los documentos que a continuación se relacionan, hacen parte integral del contrato, los cuales determinan, regulan, complementan y adicionan lo aquí pactado, y en consecuencia producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales:

1. Estudios y documentos previos.
2. Invitación, Adendas, Anexos, Formatos.
3. Propuesta presentada por el contratista.
4. Las garantías debidamente aprobadas
5. Toda la correspondencia que se surta entre las partes durante el término de ejecución del contrato.



GOBERNACION DEL AMAZONAS

NIT. 899999336-9

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

608-AMA-MC-0029-2026

Certificado No. 2470
Fecha de Vencimiento 6/07/2026
Prórrogas 0
Fecha de Expedición: 07 abr. 2026

Vigencia Fiscal: 2.026

Objeto: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL

Solicitante: SECRETARIO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión 0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 141 ✓	Gestión Del Riesgo En Enfermedades Inmunoprevenibles - Pai Recurso Propio-Destinación Especifica Superavit - SGP_SALUD PUBLICA	28.423.000,00 ✓
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 41 ✓	Gestión Del Riesgo En Enfermedades Inmunoprevenibles - Pai Recurso de la Nacion-Destinación Especifica SGP_SALUD PUBLICA	50.000.000,00 ✓
TOTAL CERTIFICADO		78.423.000,00

NATALY PEÑA PINTO
Jefe de Oficina de Presupuesto Dptal

ELABORO:

JONH HAROLD PEÑA LOPEZ
Secretario de Hacienda



Departamento del Amazonas

08 ABR 2026

Oficina Asesora Jurídica

10:15 am

República de Colombia
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
Despacho Gobernador

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA: MARZO DE 2026

PARA: P.U. GRUPO PRESUPUESTO DEPARTAMENTAL

DE: GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS

VALOR: SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL PESOS (\$78.423.000) MCTE.

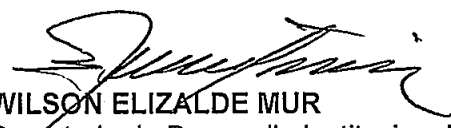
OBJETO: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.

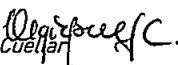
SECTOR	No CERTIFICADO DE VIABILIDAD	RUBRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
SALUD	1872	0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 41	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$50.000.000
	1873	0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 141	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$28.423.000

PLAZO: OCHO (8) MESES o hasta agotar presupuesto

VIGENCIA: 2026

Atentamente,


WILSON ELIZALDE MUR
Secretario de Desarrollo Institucional con
Funciones Delegadas en Materia de Contratación y Ordenación del Gasto

Revisó/Aprobó: Olga Esther Bellido Cuellar 



GOBERNACION DEL AMAZONAS

NIT. 899999336-9

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

Registro No. **3122**

Vigencia: 2.026

Fecha de Compromiso: 22 de abril de 2026

Beneficiario ALISHA S.A.S.

Nit: 901573799 - 2

No. C.D.P. : 2470

Fecha de Expedición del C.D.P.: 07 de abril de 2026

Con Formalidades Plenas

Tipo de Compromiso CONTRATO

CONTRATO: 2114 Fecha: 22/04/2026 Vence: 21/12/2026

Objeto: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL. ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.9469386

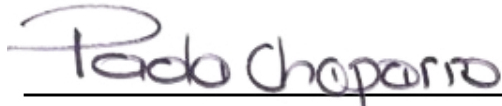
Identificación Presupuestal	Concepto	Valor
Gastos-Inversión		
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 141	Gestión Del Riesgo En Enfermedades Inmunoprevenibles - Pai Recurso Propio-Destinación Específica Superavit - SGP_SALUD PÚBLICA	28.423.000,00
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 41	Gestión Del Riesgo En Enfermedades Inmunoprevenibles - Pai Recurso de la Nación-Destinación Específica SGP_SALUD PÚBLICA	50.000.000,00
Total Compromisos		\$78.423.000,00

Programación de Pagos	
Mes	Valor
Mayo	\$9.802.875,00
Junio	9.802.875,00
Julio	9.802.875,00
Agosto	9.802.875,00
Septiembre	9.802.875,00
Octubre	9.802.875,00
Noviembre	9.802.875,00
Diciembre	9.802.875,00
Valor Total Prog.	\$78.423.000,00

NATALY PEÑA PINTO
Jefe de Oficina de Presupuesto Dptal

ELABORO:

 GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS NIT: 899999336-5				MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INICIACIÓN CONTRATO F-05				
				Código: MSI-OAJ		Versión: 2016-1		
				Dependencia o Área: Programa Ampliado de Inmunizaciones				
1. Secretaría: Salud								
Dependencia o área: Secretaria de Salud Departamental								
ACTA No.		FECHA ACTA			CONTRATO No.	FECHA CONTRATO		
		DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
1		22	04	2026	2114	22	04	2026
OBJETO: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACION DE LA VACUNACION Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICION DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA, LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.								
PLAZO		VALOR		FORMA DE PAGO				
OCHO (8) MESES Ó HASTA AGOTAR TECHO PRESUPUESTAL		\$ 78.423.000,00		Se pagará al contratista así: Se pagará al contratista en pagos parciales, previa presentación de la factura correspondiente, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para este solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no 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			
22	04	2026	22	12	2026			
ALISHA S.A.S. NIT. 901573799-2 KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI C.C. 1.121.201.336								
SUPERVISOR: P.U. Programa Ampliado de Inmunizaciones								
En Leticia a los		DÍA	MES	AÑO	En la ciudad de Leticia, a los 22 días del mes de abril del año dos mil veintiséis (2026), se reunieron en las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental: El supervisor del contrato, Dra. PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON, identificada con cédula de Ciudadanía No. 52.396.081 y KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 1.121.201.336 en calidad de Representante Legal ALISHA S.A.S., identificado con Nit. 901573799-2, con el objeto de iniciar formalmente la ejecución del acto acordado.			
		22	04	2026				

VALOR INICIAL CONTRATO		VALOR ANTICIPO	% ANTICIPO	SALDO									
\$ 78.423.000,00		\$0.00	0%	\$ 78.423.000,00									
ESTADO LEGAL - GARANTÍAS													
	COMPAÑÍA DE SEGUROS	RIESGO	PÓLIZA No.	VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA						
				DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO				
	No Aplica	N/A	N/A	-	-	-	-	-	-				
		N/A	N/A	-	-	-	-	-	-				
N/A		N/A	-	-	-	-	-	-					
 FIRMA SUPERVISOR  FIRMA CONTRATISTA <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NOMBRE SUPERVISOR</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NOMBRE CONTRATISTA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON</td> <td style="text-align: center;">ALISHA S.A.S. RL: KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI</td> </tr> </table>										NOMBRE SUPERVISOR	NOMBRE CONTRATISTA	PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON	ALISHA S.A.S. RL: KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI
NOMBRE SUPERVISOR	NOMBRE CONTRATISTA												
PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON	ALISHA S.A.S. RL: KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI												
Original: Oficina Jurídica Departamental			Copia: Supervisor			Copia: Contabilidad							

República de Colombia
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
OFICINA ASESORA JURIDICA

MEMORANDO

110 -

Leticia, 2026

PARA: PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON
P.U. SECRETARIA DE SALUD

DE: JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA

Asunto: Comunicación Designación de supervisión.

Por medio de la presente, en su calidad de funcionario (a) me permito comunicarle que ha sido designado como supervisor, para que ejerza el seguimiento técnico, administrativo, contable - financiero y jurídico a la ejecución del siguiente contrato:

No. Del Contrato	Contratista	Objeto
2114-2026	ALISHA SAS	CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.

Es importante informar que, de acuerdo con lo establecido el artículo 4, el numeral 1° del artículo 26 y el artículo 51 de la Ley 80 de 1993, los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011, el manual de supervisión de la Gobernación de Amazonas, la supervisión implica seguimiento y control respecto de la ejecución del objeto contractual y el servidor público o contratista responderá disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual respectiva, en los términos señalados en la Constitución y la Ley, igualmente debe presentar informes escritos tal como lo establezca el contrato, suscribir las actas de inicio, aprobar y justificar, la adición, prórroga, suspensión, cesión o terminación anticipada del contrato o convenio; adicionalmente debe tener en cuenta la gestión contractual de la ejecución del contrato a supervisar en las herramientas Secop I, Secop II y Tienda Virtual del Estado Colombiano, según corresponda, donde deberá cargar los soportes de ejecución del mismo y supervisar el plan de pagos que debe cargar el contratista (este último, solo aplica en Secop II y Tienda Virtual), en aras de realizar una correcta y debida ejecución contractual dentro de las plataformas enunciadas. Es responsabilidad del supervisor cargar la información de ejecución del contrato y/o convenio en las carpetas digitales del archivo contractual establecidas por la Entidad.

Para la presentación de cada informe o entrega de producto, el supervisor debe expedir la respectiva certificación de recibo a satisfacción, verificar el correspondiente pago de aportes a la seguridad social o pago de parafiscales según corresponda y de acuerdo al periodo autorizado y las demás establecidas por la Ley; una vez finalizado el contrato o convenio, proyectar el acta de liquidación con los soportes respectivos, que deberá remitir a la Oficina Asesora Jurídica, para la revisión y tramite pertinente.

Cordialmente,


HUSSEIN MIJAIL SINISTERRA MARCHAND
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA

Proyectó: Juliana Castro

Calle 10 N° 10-77 Teléfonos: 608592 4010
Página Web: www.amazonas.gov.co
Correo Electrónico: juridica@amazonas.gov.co



OFERTA ECONÓMICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	U/M	CANT.	VR UNT	VR TOTAL
1	CARPAS: ALQUILER DE DOS CARPAS DE 4 METROS X 4 METROS (ÁREA: 16 M2), ASIGNADAS EN EL MUNICIPIO DE LETICIA , SEGÚN PROGRAMACIÓN EN HORARIO DE 7:00 AM A 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES Y EN HORARIO DE 7:00 AM A 12:00 M, LOS DÍAS SABADOS). INCLUYE: INSTALACIÓN Y DESMONTE DE LAS CARPAS EN EL SITIO ASIGNADO, SONIDO (PARLANTE Y MICROFONO) Y DECORACIÓN, DOS MESAS PLÁSTICAS DE ALTO (72 CM) ANCHO (72 CM) LARGO (72 CM) Y 10 SILLAS PLÁSTICAS CON BRAZOS DE 55.5 X 59 X 74.5 CM (ANCHO X LARGO X ALTO) SEGÚN PROGRAMACIÓN.	DIAS	18	1.300.000	23.400.000
2	CARPAS: ALQUILER DE UNA CARPA DE 4 METROS X 4 METROS (ÁREA: 16 M2), ASIGNADAS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO , SEGÚN PROGRAMACIÓN EN HORARIO DE 7:00 AM A 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES Y EN HORARIO DE 7:00 AM A 12:00 M, LOS DÍAS SABADOS). INCLUYE: INSTALACIÓN Y DESMONTE DE LAS CARPAS EN EL SITIO ASIGNADO, SONIDO (PARLANTE Y MICROFONO) Y DECORACIÓN, DOS MESAS PLÁSTICAS DE ALTO (72 CM) ANCHO (72 CM) LARGO (72 CM) Y 6 SILLAS PLÁSTICAS CON BRAZOS DE 55.5 X 59 X 74.5 CM (ANCHO X LARGO X ALTO) SEGÚN PROGRAMACIÓN.	DIAS	18	760.000	13.680.000
3	REFRIGERIOS: OPCIONES: (EMPAREDADOS DE POLLO Y/O DE JAMÓN CON QUESO Y/O EMPANADAS Y/O PASTELES DE POLLO O CARNE Y/O BEIJU CON CARNE O POLLO) (BEBIDA JUGO NATURAL DE FRUTA, EN VASOS DE 8 ONZAS.) EL REFRIGERIO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE LETICIA	UNIDAD	450	17.500	7.875.000

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE

Alishasas2022@hotmail.com

NIT.901573799-2

CELULAR: 3144548483



4	REFRIGERIOS: OPCIONES: (EMPAREDADOS DE POLLO Y/O DE JAMÓN CON QUESO Y/O EMPANADAS Y/O PASTELES DE POLLO O CARNE Y/O BEIJU CON CARNE O POLLO) (BEBIDA JUGO NATURAL DE FRUTA, EN VASOS DE 8 ONZAS.) EL REFRIGERIO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES.. EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.	UNIDAD	190	19.500	3.705.000
5	ALMUERZOS: DEBE INCLUIR PROTEÍNA (PESCADO O POLLO O CARNE), CARBOHIDRATOS, ENSALADA Y BEBIDA (JUGO NATURAL). EL ALMUERZO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE LETICIA	UNIDAD	300	30.500	9.150.000
6	ALMUERZOS: DEBE INCLUIR PROTEÍNA (PESCADO O POLLO O CARNE), CARBOHIDRATOS, ENSALADA Y BEBIDA (JUGO NATURAL). EL ALMUERZO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.	UNIDAD	100	32.000	3.200.000
7	AGUA:HIDRATACIÓN: AGUA EN BOLSA X 400 ML, REFRIGERADA Y CON INSUMOS Y ELEMENTOS QUE GARANTICEN TEMPERATURA FRÍA Y ADECUADA PARA EL CONSUMO DURANTE EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD EXTRAMURAL, EN EL MUNICIPIO DE LETICIA	PACA X 50 UNIDADES	8	31.000	248.000
8	AGUA:HIDRATACIÓN: AGUA EN BOLSA X 400 ML, REFRIGERADA Y CON INSUMOS Y	PACA X 50 UNIDADES	5	37.000	185.000

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE

Alishasas2022@hotmail.com

NIT.901573799-2

CELULAR: 3144548483



	ELEMENTOS QUE GARANTICEN TEMPERATURA FRÍA Y ADECUADA PARA EL CONSUMO DURANTE EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD EXTRAMURAL, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO				
9	PENDÓN TIPO ROLL UP. INCLUYE BANNER DE 13 OZ INTERNO, IMPRESIÓN EN PLÓTER DE GRAN FORMATO, EN LATA RESOLUCIÓN Y ESTUCHE PARA SU TRANSPORTE MATERIAL ALUMINIO. TAMAÑO: 200 X 100 CM	UNIDAD	2	460.000	920.000
10	SERVICIO DE PERIFONEO: SERVICIO DE PERIFONEO POR LOS PRINCIPALES BARRIOS DE LETICIA, EN EL HORARIO DE 9:00 A.M. A 10:00 Y DE 5:00 PM A 6:00 PM PARA LA DIVULGACIÓN DE CAMPAÑAS SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.	HORAS	30	280.000	8.400.000
11	GRABACIÓN Y EDICIÓN DE CUÑA PARA PERIFONEO Y RADIAL DE TREINTA SEGUNDOS (30"), PARA LA DIVULGACIÓN SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL. (INCLUYE GUIÓN)	UNIDAD	2	180.000	360.000
12	REPRODUCCIÓN DE CUÑAS RADIALES DE TREINTA SEGUNDOS (30") EN LAS FRANJAS DE MENOR AUDIENCIA (2:00 PM, A 5:00 PM) CINCO (5) VECES A LA SEMANA, PARA LA DIVULGACIÓN SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.	UNIDAD	20	140.000	2.800.000
13	PUBLIREPORTAJE ESPACIOS DE CUBRIMIENTO RADIAL, PUBLI - REPORTAJES DE HASTA 10 MINUTOS EN HORARIO AAA (DE 6:00 AM - 9:00 AM)	UNIDAD	3	1.500.000	4.500.000
TOTAL				78.423.000	


 KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI
 Representante Legal

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
SECRETARIA DE HACIENDA DEPARTAMENTAL
OFICINA DE RENTAS



EXONERACIÓN N°

1647

EXONERACIÓN DE ESTAMPILLAS, FONDOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES DEPARTAMENTALES

La jefe de Oficina de Rentas departamental, autoriza la EXONERACIÓN de Estampillas, Fondos, Tasas y Contribuciones Departamental

En atención a lo establecido en el Artículo 311 numeral 7, 355, 368 y 259 de la Ordenanza No. 027 de 2022 (Estatuto de Rentas de Amazonas), se procede a realizar la EXONERACIÓN del valor de Estampillas, Fondos, Tasas y Contribuciones Departamental

Contrato de prestación de servicios N°	<u>2114</u>	de fecha	<u>22/04/2026</u>	por un valor total de
<u>\$ 78,423,000.00</u>	suscrito entre	<u>ALISHA S.A.S</u>		
identificado con la C.C./NIT con número	<u>901573799-2</u>	y la Gobernación del Amazonas, con plazo de ejecución de		
<u>8</u> meses y	<u>0</u>	días, con el siguiente objeto:		

CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL. ID del contrato en SECOP CO1.PCCNTR.9469386

La jefe de Oficina de Rentas departamental, autoriza la EXONERACIÓN de Estampillas, Fondos, Tasas y Contribuciones Departamental

Se firma en Leticia - Amazonas, el día **miércoles, 13 de mayo de 2026**

LINDA ENID MARTINEZ GONZALEZ

Jefe de Oficina de Rentas Departamental

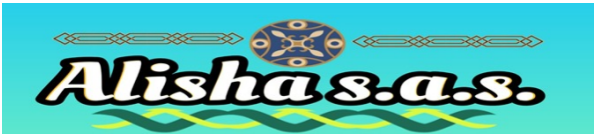
ALISHA S.A.S

Contratista

Elaboró Viviana Holanda

Aprobó: Linda Enid Martínez González

Revisó: Linda Enid Martínez González



ALISHA S.A.S
NIT 901.573.799-2
cr 1 e 21 26 brr afasinte
Tel: (608) 3144548483
Leticia - Colombia
alishiasas2022@hotmail.com



Factura electrónica de venta
No. FV 179

Señores	GOBERNACION AMAZONAS		
NIT	899.999.336-9	Teléfono	(098) 5928089
Dirección	CALLE 10 No.10-77	Ciudad	Leticia - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	23/06/2026, 10:18
Expedición	23/06/2026, 10:18
Vencimiento	23/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	CARPAS: ALQUILER DE DOS CARPAS DE 4 METROS X 4 METROS (ÁREA: 16 M2), ASIGNADAS EN EL MUNICIPIO DE LETICIA, SEGÚN PROGRAMACIÓN EN HORARIO DE 7:00 AM A 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES Y EN HORARIO DE 7:00 AM A 12:00 M, LOS DÍAS SABADOS). INCLUYE: INSTALACIÓN Y DESMONTE DE LAS CARPAS EN EL SITIO ASIGNADO, SONIDO (PARLANTE Y MICROFONO) Y DECORACIÓN, DOS MESAS PLÁSTICAS DE ALTO (72 CM) ANCHO (72 CM) LARGO (72 CM) Y 10 SILLAS PLÁSTICAS CON BRAZOS DE 55.5 X 59 X 74.5 CM (ANCHO X LARGO X ALTO) SEGÚN PROGRAMACIÓN.	18.00	1,300,000.00	23,400,000.00
2	CARPAS: ALQUILER DE UNA CARPA DE 4 METROS X 4 METROS (ÁREA: 16 M2), ASIGNADAS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO, SEGÚN PROGRAMACIÓN EN HORARIO DE 7:00 AM A 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES Y EN HORARIO DE 7:00 AM A 12:00 M, LOS DÍAS SABADOS). INCLUYE: INSTALACIÓN Y DESMONTE DE LAS CARPAS EN EL SITIO ASIGNADO, SONIDO (PARLANTE Y MICROFONO) Y DECORACIÓN, DOS MESAS PLÁSTICAS DE ALTO (72 CM) ANCHO (72 CM) LARGO (72 CM) Y 6 SILLAS PLÁSTICAS CON BRAZOS DE 55.5 X 59 X 74.5 CM (ANCHO X LARGO X ALTO) SEGÚN PROGRAMACIÓN.	18.00	760,000.00	13,680,000.00
3	REFRIGERIOS: OPCIONES: (EMPAREDADOS DE POLLO Y/O DE JAMÓN CON QUESO Y/O EMPANADAS Y/O PASTELES DE POLLO O CARNE Y/O BEIJU CON CARNE O POLLO)	450.00	17,500.00	7,875,000.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siliago SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siliago Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
	(BEBIDA JUGO NATURAL DE FRUTA, EN VASOS DE 8 ONZAS.) EL REFRIGERIO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE LETICIA			
4	REFRIGERIOS: OPCIONES: (EMPAREDADOS DE POLLO Y/O DE JAMÓN CON QUESO Y/O EMPANADAS Y/O PASTELES DE POLLO O CARNE Y/O BEIJU CON CARNE O POLLO) (BEBIDA JUGO NATURAL DE FRUTA, EN VASOS DE 8 ONZAS.) EL REFRIGERIO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES.. EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.	190.00	19,500.00	3,705,000.00
5	ALMUERZOS: DEBE INCLUIR PROTEÍNA (PESCADO O POLLO O CARNE), CARBOHIDRATOS, ENSALADA Y BEBIDA (JUGO NATURAL). EL ALMUERZO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE LETICIA	300.00	30,500.00	9,150,000.00
6	ALMUERZOS: DEBE INCLUIR PROTEÍNA (PESCADO O POLLO O CARNE), CARBOHIDRATOS, ENSALADA Y BEBIDA (JUGO NATURAL). EL ALMUERZO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA	100.00	32,000.00	3,200,000.00

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
	LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.			
7	AGUA:HIDRATACIÓN: AGUA EN BOLSA X 400 ML, REFRIGERADA Y CON INSUMOS Y ELEMENTOS QUE GARANTICEN TEMPERATURA FRÍA Y ADECUADA PARA EL CONSUMO DURANTE EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD EXTRAMURAL, EN EL MUNICIPIO DE LETICIA	8.00	31,000.00	248,000.00
8	AGUA:HIDRATACIÓN: AGUA EN BOLSA X 400 ML, REFRIGERADA Y CON INSUMOS Y ELEMENTOS QUE GARANTICEN TEMPERATURA FRÍA Y ADECUADA PARA EL CONSUMO DURANTE EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD EXTRAMURAL, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO	5.00	37,000.00	185,000.00
9	PENDÓN TIPO ROLL UP. INCLUYE BANNER DE 13 OZ INTERNO, IMPRESIÓN EN PLÓTER DE GRAN FORMATO, EN LATA RESOLUCIÓN Y ESTUCHE PARA SU TRANSPORTE MATERIAL ALUMINIO. TAMAÑO: 200 X 100 CM	2.00	460,000.00	920,000.00
10	SERVICIO DE PERIFONEO: SERVICIO DE PERIFONEO POR LOS PRINCIPALES BARRIOS DE LETICIA, EN EL HORARIO DE 9:00 A.M. A 10:00 Y DE 5:00 PM A 6:00 PM PARA LA DIVULGACIÓN DE CAMPAÑAS SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.	30.00	280,000.00	8,400,000.00
11	GRABACIÓN Y EDICIÓN DE CUÑA PARA PERIFONEO Y RADIAL DE TREINTA SEGUNDOS (30), PARA LA DIVULGACIÓN SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL. (INCLUYE GUION)	2.00	180,000.00	360,000.00
12	REPRODUCCIÓN DE CUÑAS RADIALES DE TREINTA SEGUNDOS (30) EN LAS FRANJAS DE MENOR AUDIENCIA (2:00 PM, A 5:00 PM) CINCO (5) VECES A LA SEMANA, PARA LA DIVULGACIÓN SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.	20.00	140,000.00	2,800,000.00
13	PUBLIREPORTAJE ESPACIOS DE CUBRIMIENTO RADIAL, PUBLI - REPORTAJES DE HASTA 10 MINUTOS EN HORARIO AAA (DE 6:00 AM - 9:00 AM)	3.00	1,500,000.00	4,500,000.00

Total items: 13

Valor en Letras: Setenta y ocho millones cuatrocientos veintitres mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación \$ 78,423,000.00

Total Bruto	78,423,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	78,423,000.00

Observaciones: CONTRATO No. 2114 DE 2026 CUYO OBJETO ES CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA.....

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764085764002 aprobado en 20241219 prefijo FV desde el número 101 al 220 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 4711 Comercio al por menor en establecimientos no especializados con surtido compuesto principalmente por alimentos, bebidas (alcohólicas y no alcohólicas) o tabaco
Tarifa

CUFE: ce994dd7baba1cb8d0523c3beaf97b61f3a250e00a80389da9d07cb668881a22c79cbb383ffb5faeb380347bde2fb681



INFORME ACTIVIDADES REALIAZDAS DE ACUERDO A EL CONTRATO No. No. 2114 DE 2026 de No. 2114 DE CONTRATACIÓN DE BIENES YSERVICIOS PARA EL APOYO LOGÍSTICO DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DEINTENSIFICACIÓN DE LA VACUNACIÓN Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN CON OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICIÓN DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL

1	CARPAS: ALQUILER DE DOS CARPAS DE 4 METROS X 4 METROS (ÁREA: 16 M2), ASIGNADAS EN EL MUNICIPIO DE LETICIA , SEGÚN PROGRAMACIÓN EN HORARIO DE 7:00 AM A 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES Y EN HORARIO DE 7:00 AM A 12:00 M, LOS DÍAS SABADOS). INCLUYE: INSTALACIÓN Y DESMONTE DE LAS CARPAS EN EL SITIO ASIGNADO, SONIDO (PARLANTE Y MICROFONO) Y DECORACIÓN, DOS MESAS PLÁSTICAS DE ALTO (72 CM) ANCHO (72 CM) LARGO (72 CM) Y 10 SILLAS PLÁSTICAS CON BRAZOS DE 55.5 X 59 X 74.5 CM (ANCHO X LARGO X ALTO) SEGÚN PROGRAMACIÓN.
---	---



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



2	CARPAS: ALQUILER DE UNA CARPA DE 4 METROS X 4 METROS (ÁREA: 16 M2), ASIGNADAS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO, SEGÚN PROGRAMACIÓN EN HORARIO DE 7:00 AM A 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES Y EN HORARIO DE 7:00 AM A 12:00 M, LOS DÍAS SABADOS).INCLUYE: INSTALACIÓN Y DESMONTE DE LAS CARPAS EN EL SITIO ASIGNADO, SONIDO (PARLANTE Y MICROFONO) Y DECORACIÓN, DOS MESAS PLÁSTICAS DE ALTO (72 CM) ANCHO (72 CM) LARGO (72 CM) Y 6 SILLAS PLÁSTICAS CON BRAZOS DE 55.5 X 59 X 74.5 CM (ANCHO X LARGO X ALTO) SEGÚN PROGRAMACIÓN.
---	--



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



3	REFRIGERIOS: OPCIONES: (EMPAREDADOS DE POLLO Y/O DE JAMÓN CON QUESO Y/O EMPANADAS Y/O PASTELES DE POLLO O CARNE Y/O BEIJU CON CARNE O POLLO) (BEBIDA JUGO NATURAL DE FRUTA, EN VASOS DE 8 ONZAS.)EL REFRIGERIO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE LETICIA
---	---



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



4	REFRIGERIOS: OPCIONES: (EMPAREDADOS DE POLLO Y/O DE JAMÓN CON QUESO Y/O EMPANADAS Y/O PASTELES DE POLLO O CARNE Y/O BEIJU CON CARNE O POLLO) (BEBIDA JUGO NATURAL DE FRUTA, EN VASOS DE 8 ONZAS.)EL REFRIGERIO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES.. EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.
---	---



5	ALMUERZOS: DEBE INCLUIR PROTEÍNA (PESCADO O POLLO O CARNE), CARBOHIDRATOS, ENSALADA Y BEBIDA (JUGO NATURAL).EL ALMUERZO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE LETICIA
---	--

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483

Alisha s.a.s.



6	ALMUERZOS: DEBE INCLUIR PROTEÍNA (PESCADO O POLLO O CARNE), CARBOHIDRATOS, ENSALADA Y BEBIDA (JUGO NATURAL). EL ALMUERZO DEBE VENIR EMPACADO DE MANERA INDIVIDUAL Y CON LOS ELEMENTOS PARA UN CONSUMO HIGIÉNICO (SERVILLETAS, CUCHARAS O TENEDORES DESECHABLES) Y ENTREGADOS EN EL SITIO QUE EL SUPERVISOR INDIQUE PREVIA NOTIFICACIÓN INCLUYE ELEMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DESECHOS E INSERVIBLES. EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.
---	---



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483

Alisha s.a.s.

7	AGUA:HIDRATACIÓN: AGUA EN BOLSA X 400 ML, REFRIGERADA Y CON INSUMOS Y ELEMENTOS QUE GARANTICEN TEMPERATURA FRÍA Y ADECUADA PARA EL CONSUMO DURANTE EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD EXTRAMURAL, EN EL MUNICIPIO DE LETICIA
---	---



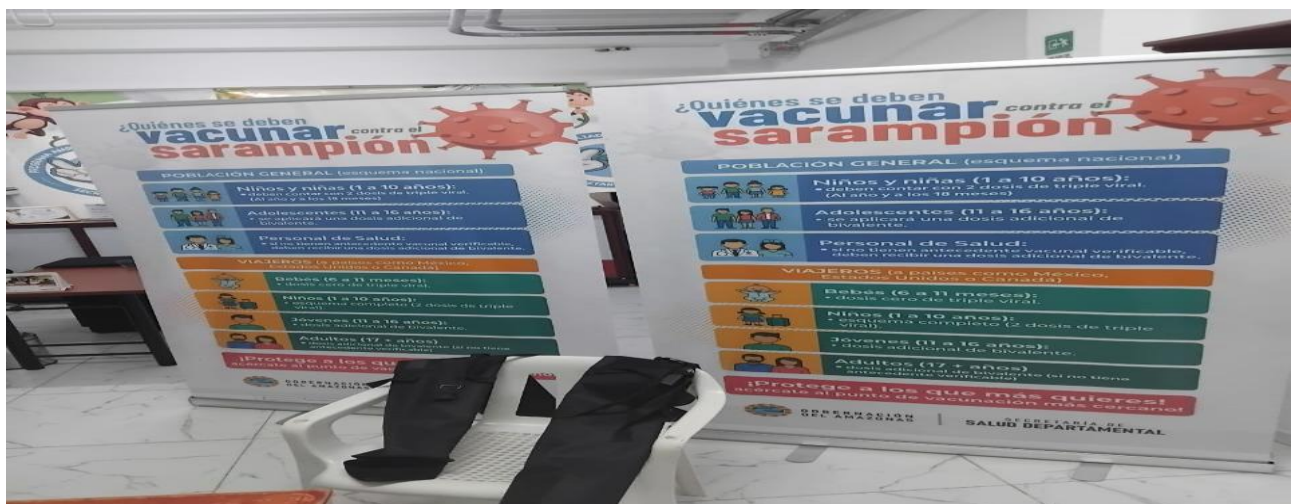
8	AGUA:HIDRATACIÓN: AGUA EN BOLSA X 400 ML, REFRIGERADA Y CON INSUMOS Y ELEMENTOS QUE GARANTICEN TEMPERATURA FRÍA Y ADECUADA PARA EL CONSUMO DURANTE EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD EXTRAMURAL, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO
---	---



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



9	PENDÓN TIPO ROLL UP. INCLUYE BANNER DE 13 OZ INTERNO, IMPRESIÓN EN PLÓTER DE GRAN FORMATO, EN LATA RESOLUCIÓN Y ESTUCHE PARA SU TRANSPORTE MATERIAL ALUMINIO. TAMAÑO: 200 X 100 CM
---	--



10	SERVICIO DE PERIFONEO: SERVICIO DE PERIFONEO POR LOS PRINCIPALES BARRIOS DE LETICIA, EN EL HORARIO DE 9:00 A.M. A 10:00 Y DE 5:00 PM A 6:00 PM PARA LA DIVULGACIÓN DE CAMPAÑAS SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.
----	---

PERIFONEO EN BARRIOS Y SECTORES DE LETICIA

BARRIO 11 DE NOVIEMBRE



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



BARRIO COLOMBIA



BARRIO GAITAN



BARRIO MANGUARE Y CIUDAD NUEVA

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
NIT.901573799-2
CELULAR: 3144548483



11	GRABACIÓN Y EDICIÓN DE CUÑA PARA PERIFONEO Y RADIAL DE TREINTA SEGUNDOS (30"), PARA LA DIVULGACIÓN SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL. (INCLUYE GUION)
----	---



12	REPRODUCCIÓN DE CUÑAS RADIALES DE TREINTA SEGUNDOS (30") EN LAS FRANJAS DE MENOR AUDIENCIA (2:00 PM, A 5:00 PM) CINCO (5) VECES A LA SEMANA, PARA LA DIVULGACIÓN SOBRE LA ALERTA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.
----	---



13	PUBLIREPORTAJE ESPACIOS DE CUBRIMIENTO RADIAL, PUBLI -REPORTAJES DE HASTA 10 MINUTOS EN HORARIO AAA (DE 6:00 AM - 9:00 AM)
----	---

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483



Karina T Perez L.
KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI
Representante Legal

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
NIT.901573799-2
CELULAR: 3144548483

 GOBERNACIÓN DE AMAZONAS NIT: 899999336-9	MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23	
	Código: MSI-OAJ	Versión: 2016-1
	Dependencia o Área: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI	

1. SECRETARÍA: SALUD								
DEPENDENCIA O ÁREA: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI								
INFORME No.	FECHA INFORME			CONTRATO No.	FECHA CONTRATO			
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO	
1	02	07	2026	2114	22	04	2026	
OBJETO: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACION DE LA VACUNACION Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCION DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICION DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA, LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.								
CONTRATISTA				SUPERVISOR				
ALISHA S.A.S. NIT. 901573799-2				NOMBRE: PAOLA MARCELA CHAPARRO				
KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI C.C. 1.121.201.336				CARGO: P.U. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES				
VALOR: SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL PESOS MCTE (\$78.423.000,00)								
PAGOS REALIZADOS:				Ninguno				
ASEGURADORA: NA								
COMPAÑÍA DE SEGUROS	RIESGO	PÓLIZA No.	VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Descripción:

En el marco del contrato **No 2114 DE 2026**, cuyo objeto es: **CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACION DE LA VACUNACION Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCION DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICION DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA, LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL**, el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, el contratista realizo la ejecución del contrato, dando cumplimiento ficha técnica así:

ITEM	Descripción	U/M	Cant.
1	Carpas: Alquiler de dos carpas de 4 metros x 4 metros (Área: 16 m2), asignadas en el municipio de Leticia , según programación en horario de 7:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes y en horario de 7:00 am a 12:00 m, los días sábados). Incluye: instalación y desmonte de las carpas en el sitio asignado, sonido (parlante y micrófono) y decoración, dos mesas plásticas de Alto (72 cm) Ancho (72 cm) Largo (72 cm) y 10 sillas plásticas con brazos de 55.5 x 59 x 74.5 cm (Ancho x Largo x Alto) según programación.	Días	18

Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma: 
-------------------	---------------------------------	--	--



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**

2	Carpas: Alquiler de una carpa de 4 metros x 4 metros (Área: 16 m2), asignadas en el municipio de Puerto Nariño , según programación en horario de 7:00 am a 5:00 pm, de Lunes a Viernes y en horario de 7:00 am a 12:00 m, los días sábados). Incluye: instalación y desmonte de las carpas en el sitio asignado, sonido (parlante y microfono) y decoración, dos mesas plásticas de Alto (72 cm) Ancho (72 cm) Largo (72 cm) y 6 sillas plásticas con brazos de 55.5 x 59 x 74.5 cm (Ancho x Largo x Alto) según programación.	Días	18
3	Refrigerios: Opciones: (Emparedados de pollo y/o de jamón con queso y/o empanadas y/o pasteles de pollo o carne y/o beiju con carne o pollo) (Bebida jugo natural de fruta, en vasos de 8 onzas.) El refrigerio debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Leticia	Unidad	450
4	Refrigerios: Opciones: (Emparedados de pollo y/o de jamón con queso y/o empanadas y/o pasteles de pollo o carne y/o beiju con carne o pollo) (Bebida jugo natural de fruta, en vasos de 8 onzas.) El refrigerio debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Puerto Nariño.	Unidad	190
5	Almuerzos: Debe incluir proteína (pescado o pollo o carne), carbohidratos, ensalada y bebida (jugo natural). El almuerzo debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Leticia	Unidad	300
6	Almuerzos: Debe incluir proteína (pescado o pollo o carne), carbohidratos, ensalada y bebida (jugo natural). El almuerzo debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Puerto Nariño.	Unidad	100
7	Agua: hidratación: Agua en bolsa x 400 ml, refrigerada y con insumos y elementos que garanticen temperatura fría y adecuada para el consumo durante el desarrollo de cada actividad extramural, en el municipio de Leticia	Paca x 50 unidades	8
8	Agua: Hidratación: Agua en bolsa x 400 ml, refrigerada y con insumos y elementos que garanticen temperatura fría y adecuada para el consumo durante el desarrollo de cada actividad extramural, en el municipio de Puerto Nariño	Paca x 50 unidades	5
9	Pendón tipo roll up. Incluye banner de 13 oz interno, impresión en plóter de gran formato, en lata resolución y estuche para su transporte Material aluminio. Tamaño: 200 x 100 cm	Unidad	2
10	Servicio de perifoneo: servicio de Perifoneo por los principales barrios de Leticia, en el horario de 9:00 A.M. a 10:00 y de 5:00 PM a 6:00 PM para la divulgación de campañas institucionales de las diferentes secretarías.	Horas	30

Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:

 GOBERNACIÓN DE AMAZONAS NIT: 899999336-9	MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23	
	Código: MSI-OAJ	Versión: 2016-1
	Dependencia o Área: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI	

11	Grabación y edición de cuña para perifoneo y radial de treinta segundos (30"), para la divulgación de las diferentes acciones por parte de las secretarías, por cada una de las dimensiones en salud pública o áreas misionales. (Incluye guion).	Unidad	2
12	Reproducción de cuñas radiales de treinta segundos (30") en las franjas de menor audiencia (2:00 PM, a 5:00 PM) cinco (5) veces a la semana, para la divulgación de las diferentes acciones por parte de las secretarías, por cada una de las dimensiones en salud pública o áreas misionales.	Unidad	20
13	PUBLIREPORTAJE Espacios de cubrimiento radial, publi -reportajes de hasta 10 minutos en horario AAA (de 6:00 am - 9:00 am)	Unidad	3

Actividades Leticia:

Se anexa Informes de Vacunación de

República de Colombia
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
Secretaría de Salud Departamental
Programa Ampliado de Inmunizaciones

Introducción:

En el marco de las acciones nacionales para fortalecer las coberturas de vacunación y prevenir la reintroducción y circulación de enfermedades inmunoprevenibles, el Departamento del Amazonas participó en la Vacunación Nacional contra Sarampión y Rubéola realizada el 20 de junio de 2026, bajo el lema "Las vacunas son seguras, salvan vidas y son gratuitas".

Esta actividad fue liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y desarrollada de manera articulada entre la Secretaría de Salud Departamental, las EAPB, las IPS vacunadoras, las entidades territoriales municipales y los territorios indígenas, con el propósito de intensificar la vacunación de la población susceptible y fortalecer la respuesta frente a las alertas epidemiológicas vigentes por sarampión y rubéola en la Región de las Américas.

Justificación:

El Sarampión y la Rubéola continúan representando una amenaza para la salud pública debido a la ocurrencia de casos importados y brotes registrados en varios países de la región. En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la implementación de jornadas intensificadas de vacunación con el fin de garantizar coberturas útiles superiores al 95%, reducir el número de susceptibles y prevenir la aparición de casos en el territorio nacional.

Para el Departamento del Amazonas, dada su condición de frontera internacional y la constante movilidad de población entre Colombia, Brasil y Perú, se hace necesario fortalecer las estrategias de vacunación, garantizando el acceso oportuno a los biológicos y la protección de la población frente a enfermedades inmunoprevenibles.

Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma: 
-------------------	---------------------------------	--	--



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**

Cronograma de puntos de vacunación intra y extramural

MUNICIPIO	NOMBRE PUNTO DE VACUNACIÓN	TOTAL EQUIPOS EN ESTRATEGIA		TALENTO HUMANO		HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN
		EXTRA	INTRA	PROFESIONALES DE VACUNACIÓN	Nº OTROS		
LETICIA	Parqueadero ESE HSRL	1		1	1	8:00am	4:00pm
LETICIA	Puerto civil ESE HSRL	1		1	1	8:00am	4:00pm
LETICIA	Aeropuerto Internacional General Alfredo Vásquez Cobo ESE HSRL	1		1	1	8:00am	4:00pm
LETICIA	Barrio Colombia-Gaitan ESE HSRL	1		1	1	8:00am	4:00pm
LETICIA	Barrio Centro comercio ESE HSRL	1		1	1	8:00am	4:00pm
LETICIA	Parqueadero IPS-I Mallamas	1		1	2	8:00am	4:00pm
LETICIA	Entrada 1 IPS Fundación Clínica Leticia	1		1	2	8:00am	4:00pm
PTO NARIÑO	Coliseo municipal	1		1	1	8:00am	4:00pm
TARAPACA	casa - casa	1		1	1	8:00am	4:00pm
CHORRERA	Entrada centro de salud	1		1	1	8:00am	4:00pm
PEDRERA	casa - casa	1		1	1	8:00am	4:00pm
ENCANTO	Entrada centro de salud	1		1	1	8:00am	4:00pm
PTO ARICA	Entrada centro de salud	1		1	1	8:00am	4:00pm
MIRITI	Entrada centro de salud	1		1	1	8:00am	4:00pm
P. SANTANDER	Entrada centro de salud	1		1	1	8:00am	4:00pm

Cronograma de puntos de vacunación intra y extramural

MUNICIPIO	NOMBRE PUNTO DE VACUNACION	TOTAL EQUIPOS EN ESTRATEGIA		TALENTO HUMANO		HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN	
		EXTRA	INTRA	PROFESIONALES	Nº DE VACUNADORES			Nº OTROS
DÍA CENTRAL DEL 25/04/2026								
LETICIA	Parqueadero HSRL	1			1	1	8:00	16:00
LETICIA	PYM - HSRL	1			1	1	8:00	16:00
LETICIA	Aeropuerto Internacional General Alfredo Vásquez Cobo.	1			1	1	8:00	16:00
LETICIA	Puerto civil	1				1	8:00	16:00
LETICIA	Entrada 1 Urgencias FCL	1		1	1	1	8:00	16:00
LETICIA	Punto frontera IPS-I Mallamas	1			1	1	8:00	16:00
LETICIA	Equipo extramural (Barrio colombia - gaitan)	1			2	2	8:00	16:00
LETICIA	Punto IPS-I Mallamas	1		1	1	1	8:00	16:00
PTO NARIÑO	Coliseo municipal	1				1	8:00	16:00
TARAPACA	casa - casa	1			1	1	8:00	16:00
CHORRERA	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00
PEDRERA	casa - casa	1				1	8:00	16:00
ENCANTO	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00
PTO ARICA	sede central arica	1				1	8:00	16:00
MIRITI	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00
P. SANTANDER	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00
VACUNATON NOCTURNO 30/04/2026								
LETICIA	ESE HSRL y MALLAMAS KM 6	1		1	4	4	5:00	20:00
LETICIA	Parqueadero HSRL	1			1	1	5:00	20:00
LETICIA	Aeropuerto Internacional General Alfredo Vásquez Cobo	1			1	1	5:00	20:00
LETICIA	Entrada 1 Urgencias FCL	1		1	1	1	8:00	16:00
PTO NARIÑO	Coliseo municipal	1			1	1	8:00	16:00
TARAPACA	casa - casa	1				1	8:00	16:00
CHORRERA	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00
PEDRERA	casa - casa	1			1	1	8:00	16:00
ENCANTO	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00
PTO ARICA	sede central arica	1			1	1	8:00	16:00
MIRITI	Entrada centro de salud	1				1	8:00	16:00
P. SANTANDER	Entrada centro de salud	1			1	1	8:00	16:00

Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**

Evidencias fotográficas:

Carpas



Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**



Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma: 
-------------------	---------------------------------	--	--

Calle 10 N° 10-77 Teléfonos: 098 592 4010
Email: pai@amazonas.gov.co
Leticia, (Amazonas) Colombia www.amazonas.gov.co



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

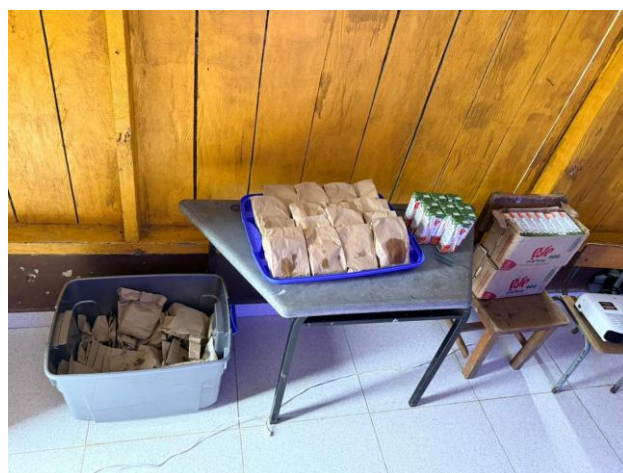
MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**

Refrigerios:



Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**



Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

**MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23**

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**

Almuerzos:



Actividades Puerto Nariño

Evidencias fotográficas:



Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

**MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23**

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**



Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------

 GOBERNACIÓN DE AMAZONAS NIT: 899999336-9	MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23	
	Código: MSI-OAJ	Versión: 2016-1
	Dependencia o Área: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI	

10	Pendón tipo roll up. Incluye banner de 13 oz interno, impresión en plóter de gran formato, en lata resolución y estuche para su transporte Material aluminio. Tamaño: 200 x 100 cm	Unidad	5
----	---	--------	---



DESARROLLO DEL EVENTO:

Por ti, por mí, por todos. ¡Vacúnate ya!
Fin de Semana de Vacunación en Leticia y Territorios Indígenas
Este 20 de junio, nos unimos para acercar la vacunación a todo el territorio.
 🙋🙋 **Padres, cuidadores, mujeres embarazadas y adultos mayores: ¡es momento de poner el carné de vacunación al día!**

Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma: 
-------------------	---------------------------------	--	--



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI

SEGUNDA JORNADA NACIONAL DE VACUNACIÓN
SEMANA DE VACUNACIÓN EN LA AMÉRICA
PUNTOS DE VACUNACIÓN

LETICIA
HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA
AEROPUERTO ALFREDO VÁSQUEZ COBO
PUERTO CIVIL
FUNDACIÓN CLÍNICA LETICIA
PUNTO TRIFRONTIZO
EQUIPO EXTRAMURAL B. COLOMBIA - GAITÁN
MALLAMAS IPSI

PTO. NARIÑO
COLISEO MUNICIPAL

TARAPACÁ - PEDRERA
CASA A CASA

CHORRERA - PEDRERA - ENCANTO
MIRITÍ - PTO. SANTANDER
ENTRADA CENTRO DE SALUD

PUERTO ARICA
SEDE CENTRAL ARICA

25 DE ABRIL
HORA: 8:00 A.M. - 4:00 P.M.



VACUNACIÓN NOCTURNA
JUEVES 30 DE ABRIL
PUNTOS DE VACUNACIÓN

LETICIA
KILOMETRO 6
HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA
AEROPUERTO ALFREDO VÁSQUEZ COBO
FUNDACIÓN CLÍNICA LETICIA

PTO. NARIÑO
COLISEO MUNICIPAL

TERRITORIOS INDÍGENAS
TARAPACÁ - PEDRERA CHORRERA - ENCANTO
MIRITÍ - PUERTO SANTANDER - PUERTO ARICA
ENTRADA CENTRO DE SALUD

HORA: 5:00 PM A 9:00 PM



VACUNACIÓN NACIONAL CONTRA SARAMPION Y RUBEOLA
ESTE 20 DE JUNIO
PUNTOS DE VACUNACIÓN

LETICIA
HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA
FUNDACIÓN CLÍNICA LETICIA
MALLAMAS IPSI
PUERTO CIVIL
AEROPUERTO VÁSQUEZ COBO
CENTRO

PTO. NARIÑO
COLISEO MUNICIPAL

TARAPACÁ - PEDRERA
CASA A CASA

CHORRERA - ENCANTO
PTO. SANTANDER
MIRITÍ - PTO. ARICA
ENTRADA CENTRO DE SALUD

HORA: 8:00 A.M. - 4:00 P.M.



Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

**MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23**

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**

JORNADA DE VACUNACIÓN MOTOTAXISTAS



VACUNATON NOCTURNO



Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:



GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9

MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23

Código: MSI-OAJ

Versión: 2016-1

Dependencia o Área: **PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI**



Proyectó y Revisó

Paola Marcela Chaparro Calderón

Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones

Firma:

 GOBERNACIÓN DE AMAZONAS NIT: 899999336-9	MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23	
	Código: MSI-OAJ	Versión: 2016-1
	Dependencia o Área: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI	

Balance financiero del contrato:

CONTRATO	DEBE	HABER
Valor del contrato	\$ 78.423.000	
Valor certificado y Ejecutado		\$ 78.423.000
Valor por ejecutar		\$ 00
Valor a Favor de la Gobernación		\$ 00
SUMAS IGUALES	\$ 78.423.000	\$ 78.423.000

Rubro afectado:

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VR CONTRATADO
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 141	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$ 28.423.000
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 41	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$ 50.000.000
TOTALES		\$ 78.423.000

• Estado de Ejecución del Contrato

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica que el siguiente es el estado del contrato del asunto:

ESTADO DE EJECUCIÓN	PORCENTAJE
Física	100%
Financiera	100%

Observaciones:

Si bien se realizó la prestación de los servicios y la entrega de los bienes del contrato por parte del contratista, durante la ejecución del contrato, nos encontramos con las siguientes observaciones:

- Teniendo en cuenta las necesidades presentadas en el desarrollo de las jornadas y los ajustes al cronograma de actividades de las instituciones educativas, se reprogramo la entrega de almuerzos y refrigerios en las comunidades de Leticia de los asignados a Puerto Nariño, con el fin de dar cumplimiento al cronograma establecido desde el Hospital San Rafael de Leticia.
- Se anexa Informes de Actividades de abril, mayo y junio realizado en los colegios y en los diferentes puntos de vacunación incluidos los que estableció la E.S.E Hospital San Rafael de Leticia.

Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma: 
-------------------	---------------------------------	--	--

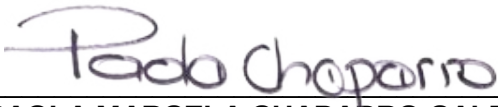
 GOBERNACIÓN DE AMAZONAS NIT: 899999336-9	MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN F-23	
	Código: MSI-OAJ	Versión: 2016-1
	Dependencia o Área: PROGRAMA AMPLIADO INMUNIZACIONES - PAI	

- Se aprueba la seguridad social y los parafiscales de acuerdo con la verificación de las planillas en la plataforma aportes en línea Nrs.68745804 mes de abril, 80698787 mes de mayo, y 80699119 mes de junio de 2026.

Registro Fotográfico:	SI	(X)	NO
------------------------------	----	-----	----

ANEXOS:

DOCUMENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Factura electrónica Nro FE - 179	X		
Anexo copia contrato	X		
Anexo copia RP	X		
Anexo copia acta de inicio	X		
Copia de pago de seguridad social	X		
Notificación Supervisión	X		
Certificado Cuenta Bancaria	X		
Copia RUT	X		
Certificación para Pago	X		
Acta de Recibo y Verificación (Decreto 0337 del 15 de septiembre de 2025)	X		



PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON
Supervisor
P.U. Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

Original: Oficina Jurídica Departamental	Copia: Oficina PAI	Copia: Contabilidad
--	--------------------	---------------------

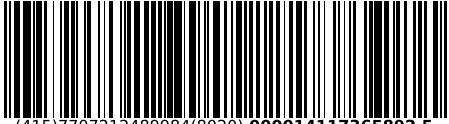
Proyectó y Revisó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma: 
-------------------	---------------------------------	--	--

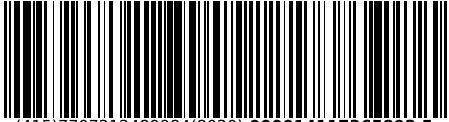


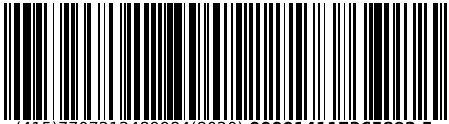
GOBERNACION DEL AMAZONAS
SECRETARIA DE SALUD
DESPACHO

No. 1

LISTA DE CHEQUEO SUPERVISION DE CONTRATOS							
1	Fecha de Revisión	02 de julio de 2026					
	Nombre del Contratista	ALISHA S.A.S.					
	Nit - C.C.	901573799-2					
	Representante Legal	KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI					
	Tipo de Contrato	BIENES Y SERVICIOS		Contrato No.	1224	Fecha	22-abr-26
	Objeto del contrato / convenio	CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACION DE LA VACUNACION Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICION DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA, LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.					
	Sector al que Pertenecer	SALUD		CDP No.	2470	Fecha CDP.	7-abr-25
	Registro Presupuestal	Número R.P.	3122	Fecha R.P.	22-abr-26	Valor R.P.	\$ 78.423.000,00
	Identificacion Presupuestal	0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 141			Gestion Del Riesgo En Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI		\$ 28.423.000,00
	Identificacion Presupuestal	0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 14			Gestion Del Riesgo En Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI		\$ 50.000.000,00
	Identificacion Presupuestal						
	Documentos Supervisor	CERTIFICADO DE AUTORIZACION DE PAGO	Fecha	2-jul-26	INFORME DE CONTRATISTA	Fecha	23-jul-26
		INFORME DE SUPERVISION	Fecha	2-jul-26		Fecha	
		ACTA DE INICIO	Fecha	22-abr-26		Fecha	
	Forma de pago	Se pagará al contratista así: Se pagará al contratista en pagos parciales, previa presentación de la factura correspondiente, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para este solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza..					
	Valor Contrato / Convenio	Valor Inicial:	\$ 78.423.000,00	Adicion	-	Valor Total	\$ 78.423.000,00
	Documento Para Pago	FACTURA ELECTRONICA	FV - 179	Valor:	\$ 78.423,00	Fecha	23-jun-26
	Valor autorizado	PAGO 100%	\$ 78.423.000,00	Valor No Ejecutado o Pendiente por Cancelar		\$0,00	
	Pagos parciales	Primer Pago Acta Parcial		Valor	\$ 0	\$ 0	
	Legalizaciones	Amortizacion 1		Valor	\$ 0	\$ 0,00	
		Amortizacion 2		Valor	\$ 0		
		Amortizacion 3		Valor	\$ 0		
	Plazo de Ejecución	OCHO (8) MESES Ó HASTA AGOTAR TECHO PRESUPUESTAL					
	Seguridad Social Contratista	PLANILLA No.	PLANILLA COMPENSAR No 968745804 mes de abril,80698787 mes de mayo, 80699119 mes de junio de 2026.				
	Documento de Rentas (Estampillas)	DEDUCCION	1647	Valor base:	\$ 78.423.000,00	Fecha	13/05/2026
	Acta de Suspensión	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Ampliación de la suspension	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Reinicio	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Recibo final	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Acta de Liquidacion	Numero de Acta			Fecha de Acta		
	Copia RUT y/o Camara de Comercio	PRESENTA	Código CIU	4649	4663		
	Almacen	NO APLICA	Entrada de Consumo		Salida No.		
	Certificación Bancaria	PRESENTA	CUENTA DE AHORROS		Banco: BBVA		506398494
	Interventor del Contrato	NO APLICA	Pago FIC:				
	Observaciones						
Firmas	Paola Chaparro Paola Chaparro						
Elaboro: Elaboro: Paola Marcela Chaparro Calderón - P.U en Salud Grado 5 Código 237		Supervisor: Elaboro: Paola Marcela Chaparro Calderón - P.U en Salud Grado 5 Código 237					

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141173658925			
				 (415)7707212489984(8020) 000014117365892 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 1 5 7 3 7 9 9		2		Impuestos y Aduanas de Leticia		3 8	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona jurídica		1					
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
35. Razón social							
ALISHA S.A.S							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Amazonas		Leticia		0 0 1	
41. Dirección principal							
CR 1 E 21 26 BRR AFASINTE							
42. Correo electrónico alishasas2022@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1		3 1 4 4 5 4 8 4 8 3		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
4 6 4 9		2 0 2 2, 0 2, 2 5		4 6 6 3		2 0 2 2, 0 2, 2 5	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
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							
53. Código 5 7 1 4 1 6 5 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
07- Retención en la fuente a título de renta							
14- Informante de exógena							
16- Obligación facturar por ingresos bienes							
55 - Informante de Beneficiarios Finales							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre PEREZ LANDAZURI KARINA TORIBIA			
				985. Cargo Representante legal Certificado			

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 3 Hoja 2			
				4. Número de formulario 141173658925			
 (415)7707212489984(8020) 000014117365892 5							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 1 5 7 3 7 9 9		2		Impuestos y Aduanas de Leticia		3 8	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		2		63. Formas asociativas		1 2	
65. Fondos				66. Cooperativas			
68. Sin personería jurídica				69. Otras organizaciones no clasificadas			
				64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
				67. Sociedades y organismos extranjeros			
				70. Beneficio		1	
Constitución, Registro y Última Reforma							
Documento		1. Constitución		2. Reforma		Composición del Capital	
71. Clase		0 1				82. Nacional	
72. Número		0 0 0 1				1 0 0 %	
73. Fecha		2 0 2 2, 0 2, 2 5				83. Nacional público	
74. Número de notaría						0 . 0 %	
75. Entidad de registro		0 3				84. Nacional privado	
76. Fecha de registro		2 0 2 2, 0 3, 0 8				1 0 0 . 0 %	
77. No. Matrícula mercantil		0 0 0 0 0 2 1 9 4 4				85. Extranjero	
78. Departamento		9 1				0 %	
79. Ciudad/Municipio		0 0 1				86. Extranjero público	
Vigencia						0 . 0 %	
80. Desde		2 0 2 2, 0 3, 0 8				87. Extranjero privado	
81. Hasta		9 9 9 9, 1 2, 3 1				0 . 0 %	
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Representación				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 3 de 3 Hoja 3			
				4. Número de formulario 141173658925			
				 (415)7707212489984(8020) 000014117365892 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 0 1 5 7 3 7 9 9		2		Impuestos y Aduanas de Leticia		3 8	
Representación							
98. Representación REPRS LEGAL PRIN 1 8				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 2 0 3 0 8			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní 1 3		101. Número de identificación 1 1 2 1 2 0 1 3 3 6		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido PEREZ		105. Segundo apellido LANDAZURI		106. Primer nombre KARINA		107. Otros nombres TORIBIA	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación REPRS LEGAL SUPL 1 9				99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 2 2 0 3 0 8			
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan 1 3		101. Número de identificación 1 1 2 1 1 9 7 1 4 0		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido GONZALEZ		105. Segundo apellido BELEÑO		106. Primer nombre JIMENA		107. Otros nombres INGRID	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			
98. Representación				99. Fecha inicio ejercicio representación			
100. Tipo de documento		101. Número de identificación		102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
104. Primer apellido		105. Segundo apellido		106. Primer nombre		107. Otros nombres	
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)		109. DV		110. Razón social representante legal			

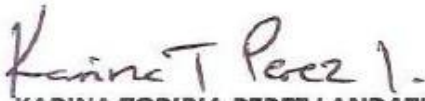


EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO CERTIFICA QUE EN CUMPLIMIENTO DEL PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES PARAFISCALES PARA PERSONA JURÍDICA ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002.

QUE

LA EMPRESA ALISHA SAS, Nit. No. 901573799-2, representado legalmente por **KARINA PEREZ LANDAZURI** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **1.121.201.336 de Leticia**, ha cumplido durante los últimos SEIS (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

En constancia se firma este documento a los 23 días del mes de junio de 2026


KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI
Representante Legal


MAURICIO SANTODOMINGO
Contador Público
T.P. 129.302-T

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
NIT.901573799-2
CELULAR: 3144548483



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES



Certificado No:

91EB090727BFB06AB

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público JOSE MAURICIO SANTODOMINGO RAMIREZ identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 6567373 de LETICIA (AMAZONAS) Y Tarjeta Profesional No 129302-T Si tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTÁ a los 26 días del mes de Marzo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE

Alishasas2022@hotmail.com

NIT.901573799-2

CELULAR: 3144548483

Alisha s.a.s.



CARRERA 1 E No.21-26 BARRIO AFASINTE
Alishasas2022@hotmail.com
 NIT.901573799-2
 CELULAR: 3144548483

Último ingreso exitoso: 2026-03-24 / 04:22:06 PM | Último ingreso fallido: 2026-02-05 / 03:23:48 PM

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Pensiones Voluntarias	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-----------------------	-------

Marzo 24 de 2026 / 4:23 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Resumen de pago](#)

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	ALISHA SAS	Nit:	901573799
Tipo planilla:	E	Periodo liquidación Pensiones	Marzo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Abril 2026
Número de radicación:	68745804	Total a pagar:	\$666,100
Fecha de vencimiento:	24/04/2026	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	24/03/2026	Número de administradoras:	6

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	Número de aprobación:	165034691
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0.00	\$9,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$280,200
CCF65	800003122	Cafamaz Caja de Compensacion Fliar Amazonas	1		\$0.00	\$70,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0.00	\$218,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		\$0.00	\$52,600
PASENA	899999034	SENA	1		\$0.00	\$35,100
						\$666,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

Imprimir transacción

Lleva tu Gestión de nómina y Recursos Humanos con nosotros

[Ir a minomina.com](#)

[x] Cerrar



Powered by  

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: **74.244.169.229**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901573799-2	ALISHA SAS		K 1E 21 26	5920000	tj.net@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			AMAZONAS	LETICIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68745804	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	\$1,750,905	\$666.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF65	Cafamaz - Amazonas	800003122-6	70.100	0	0	70.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
35.100	0	0	35.100	1
ICBF				
52.600	0	0	52.600	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	70.100	70.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	52.600	52.600
MEN	0	0	0
SENA	1	35.100	35.100
TOTALES	6	666.100	666.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901573799-2	ALISHA SAS		K 1E 21 26	5920000	tij.net@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			AMAZONAS	LETICIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68745804	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-03	E	\$1,750,905	\$666.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Saludgo	Extranjero	Colomb. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 15879288	PEREA BELEÑO FREDY ALBERTO			1	0			N	X	X															25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF65	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901573799-2	ALISHA SAS		K 1E 21 26	5920000	tij.net@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			AMAZONAS	LETICIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80698787	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	\$1,750,905	\$666.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF65	Cafamaz - Amazonas	800003122-6	70.100	0	0	70.100	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
35.100	0	0	35.100	1
ICBF				
52.600	0	0	52.600	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	70.100	70.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	52.600	52.600
MEN	0	0	0
SENA	1	35.100	35.100
TOTALES	6	666.100	666.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80698787	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-04	E	\$1,750,905	\$666.100	

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Saludajo	Extranjero	Colaborador	Enfermedad	IND	REI	TAE	TAF	TAP	VGP	VSF	SLN	ISE	LMA	AVC	AVS	VOT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 15879288	PEREA BELEÑO FREDY ALBERTO		1	0		N	X																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EP5005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF65	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0

Información básica de la planilla

Empresa:	ALISHA SAS	NIT:	901573799
Tipo Planilla:	E	Periodo liquidación Pensiones:	abril 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2026
Número de Radicación:	80698787	Total a pagar:	\$666,100
Fecha de vencimiento:	26/05/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	06/05/2026	Número de Administradoras:	6

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	Número Autorización:	285092886
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$9,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$280,200
CCF65	800003122	Cafamaz Caja de Compensacion Fliar Amazonas	1		\$0	\$70,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$218,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		\$0	\$52,600
PASENA	899999034	SENA	1		\$0	\$35,100
						\$666,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Información básica de la planilla

Empresa:	ALISHA SAS	NIT:	901573799
Tipo Planilla:	E	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	junio 2026
Número de Radicación:	80699119	Total a pagar:	\$666,100
Fecha de vencimiento:	24/06/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	06/05/2026	Número de Administradoras:	6

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	Número Autorización:	285113548
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$9,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$280,200
CCF65	800003122	Cafamaz Caja de Compensacion Fliar Amazonas	1		\$0	\$70,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$218,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		\$0	\$52,600
PASENA	899999034	SENA	1		\$0	\$35,100
						\$666,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Información básica de la planilla

Empresa:	ALISHA SAS	NIT:	901573799
Tipo Planilla:	E	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	junio 2026
Número de Radicación:	80699119	Total a pagar:	\$666,100
Fecha de vencimiento:	24/06/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	06/05/2026	Número de Administradoras:	6

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	Número Autorización:	285113548
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$9,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$280,200
CCF65	800003122	Cafamaz Caja de Compensacion Fliar Amazonas	1		\$0	\$70,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$218,900
PAICBF	899999239	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1		\$0	\$52,600
PASENA	899999034	SENA	1		\$0	\$35,100
						\$666,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901573799-2	ALISHA SAS		K 1E 21 26	5920000	tij.net@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200			AMAZONAS	LETICIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92892153	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$1,750,905	\$666.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre			NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF65	Cafamaz - Amazonas			800003122-6	70.100	0	0	70.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
35.100	0	0	35.100	1
ICBF				
52.600	0	0	52.600	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	70.100	70.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	52.600	52.600
MEN	0	0	0
SENA	1	35.100	35.100
TOTALES	6	666.100	666.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92892153	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-06	E	\$1,750,905	\$666.100	

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Externo	Cotizante anterior	Excedente	IND	NT	TC	TAE	TDP	TAP	VGP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 15879288	PEREA BELERO FREDY ALBERTO			1	0	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF65	1.750.905	30	70.100	1.750.905	35.100	52.600	0	0



Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
Secretaría de Salud Departamental



Departamento de Amazonas

**LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIONES EN SU CONDICIÓN DE SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 2114
DE 2026 DE LA GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS.**

CONTRATO N° 2114 DE 2025

CONTRATANTE: GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS

CONTRATISTA: KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI

C.C: 1.121.201.336.

FECHA DE CONTRATO: 22 DE ABRIL DE 2026

PLAZO DE EJECUCIÓN: OCHO (08) MESES Ó HASTA AGOTAR TECHO PRESUPUESTAL

FECHA DE INICIO: 22 DE ABRIL DE 2026

VALOR: \$ 78.423.000,00

C E R T I F I C A:

Que la contratista **KARINA TORIBIA PEREZ LANDAZURI**, identificado con **CC. 1.121.201.336**, ha cumplido a satisfacción con el objeto contractual, según las obligaciones estipuladas en la cláusula objeto del **contrato No. 2114 DE 2026**, prestado a la Gobernación del Amazonas.

Que el contratista presento factura electrónica No. FV 178, por un valor total de **VALOR: SETENTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL PESOS MCTE (\$78.423.000,00)**.

FORMA DE PAGO: Se pagará al contratista así: Se pagará al contratista en pagos parciales, previa presentación de la factura correspondiente, la certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor y la certificación del revisor fiscal o representante legal, según corresponda, sobre el cumplimiento en el pago de los aportes parafiscales y de seguridad social de sus empleados de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. Si la(s) factura(s) no ha(n) sido correctamente elaborada(s), o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para este solo empezará a contarse desde la fecha en que se presenten debidamente corregidas, o desde que se haya aportado el último de los documentos solicitados. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del contratista y no tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. (...)

Proyectó y Aprobó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------



Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
Secretaría de Salud Departamental



Departamento de Amazonas

OBJETO: CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INTENSIFICACION DE LA VACUNACION Y OTRAS ACCIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EN LOS NIVELES: INSTITUCIONAL, COMUNITARIO, Y EDUCATIVO EN ARTICULACIÓN EN OTROS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SGSSS, EN EL MARCO DE LA PREVENCION DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN CONDICION DE ALERTA EPIDEMIOLOGICA, LOCAL, NACIONAL Y/O INTERNACIONAL.

VALOR CERTIFICADO: \$ 78.423.000,00

Certifico que los servicios que a continuación se relacionan se prestaron en el lugar del evento, de acuerdo a lo Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones, con las evidencias fotográficas que reposan en la oficina del PAI, lo anterior teniendo en cuenta la Ley 962 del 8 de julio de 2005 “por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos”.

ITEM	Descripción	U/M	Cant.
1	Carpas: Alquiler de dos carpas de 4 metros x 4 metros (Área: 16 m2), asignadas en el municipio de Leticia , según programación en horario de 7:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes y en horario de 7:00 am a 12:00 m, los días sábados). Incluye: instalación y desmonte de las carpas en el sitio asignado, sonido (parlante y micrófono) y decoración, dos mesas plásticas de Alto (72 cm) Ancho (72 cm) Largo (72 cm) y 10 sillas plásticas con brazos de 55.5 x 59 x 74.5 cm (Ancho x Largo x Alto) según programación.	Días	18
2	Carpas: Alquiler de una carpa de 4 metros x 4 metros (Área: 16 m2), asignadas en el municipio de Puerto Nariño , según programación en horario de 7:00 am a 5:00 pm, de Lunes a Viernes y en horario de 7:00 am a 12:00 m, los días sábados). Incluye: instalación y desmonte de las carpas en el sitio asignado, sonido (parlante y micrófono) y decoración, dos mesas plásticas de Alto (72 cm) Ancho (72 cm) Largo (72 cm) y 6 sillas plásticas con brazos de 55.5 x 59 x 74.5 cm (Ancho x Largo x Alto) según programación.	Días	18
3	Refrigerios: Opciones: (Emparedados de pollo y/o de jamón con queso y/o empanadas y/o pasteles de pollo o carne y/o beiju con carne o pollo) (Bebida jugo natural de fruta, en vasos de 8 onzas.) El refrigerio debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Leticia	Unidad	450

Proyectó y Aprobó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------

Calle 10 N° 10-77 Teléfonos: 098 592 4010
Email: ssda@amazonas.gov.co
Leticia, (Amazonas) Colombia www.amazonas.gov.co



Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
Secretaría de Salud Departamental



Departamento de Amazonas

4	Refrigerios: Opciones: (Emparedados de pollo y/o de jamón con queso y/o empanadas y/o pasteles de pollo o carne y/o beiju con carne o pollo) (Bebida jugo natural de fruta, en vasos de 8 onzas.) El refrigerio debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Puerto Nariño.	Unidad	190
5	Almuerzos: Debe incluir proteína (pescado o pollo o carne), carbohidratos, ensalada y bebida (jugo natural). El almuerzo debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Leticia	Unidad	300
6	Almuerzos: Debe incluir proteína (pescado o pollo o carne), carbohidratos, ensalada y bebida (jugo natural). El almuerzo debe venir empacado de manera individual y con los elementos para un consumo higiénico (servilletas, cucharas o tenedores desechables) y entregados en el sitio que el supervisor indique previa notificación Incluye elementos para la recolección de desechos e inservibles. En el Municipio de Puerto Nariño.	Unidad	100
7	Agua: hidratación: Agua en bolsa x 400 ml, refrigerada y con insumos y elementos que garanticen temperatura fría y adecuada para el consumo durante el desarrollo de cada actividad extramural, en el municipio de Leticia	Paca x 50 unidades	8
8	Agua: Hidratación: Agua en bolsa x 400 ml, refrigerada y con insumos y elementos que garanticen temperatura fría y adecuada para el consumo durante el desarrollo de cada actividad extramural, en el municipio de Puerto Nariño	Paca x 50 unidades	5
9	Pendón tipo roll up. Incluye banner de 13 oz interno, impresión en plóter de gran formato, en lata resolución y estuche para su transporte Material aluminio. Tamaño: 200 x 100 cm	Unidad	2
10	Servicio de perifoneo: servicio de Perifoneo por los principales barrios de Leticia, en el horario de 9:00 A.M. a 10:00 y de 5:00 PM a 6:00 PM para la divulgación de campañas institucionales de las diferentes secretarías.	Horas	30
11	Grabación y edición de cuña para perifoneo y radial de treinta segundos (30"), para la divulgación de las diferentes acciones por parte de las secretarías, por cada una de las dimensiones en salud pública o áreas misionales. (Incluye guion).	Unidad	2
12	Reproducción de cuñas radiales de treinta segundos (30") en las franjas de menor audiencia (2:00 PM, a 5:00 PM) cinco (5) veces a la semana, para la divulgación de las diferentes acciones por parte de las secretarías, por cada una de las dimensiones en salud pública o áreas misionales.	Unidad	20
13	PUBLIREPORTAJE Espacios de cubrimiento radial, publi -reportajes de hasta 10 minutos en horario AAA (de 6:00 am - 9:00 am)	Unidad	3

Se aprueba la seguridad social y los parafiscales de acuerdo con la verificación de las planillas en la plataforma aportes en línea Nrs.68745804 mes de abril, 80698787 mes de mayo, y 80699119 mes de junio de 2026.

Proyectó y Aprobó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------

Calle 10 N° 10-77 Teléfonos: 098 592 4010
Email: ssda@amazonas.gov.co
Leticia, (Amazonas) Colombia www.amazonas.gov.co



Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
Secretaría de Salud Departamental



Departamento de Amazonas

Balance financiero del contrato:

CONTRATO	DEBE	HABER
Valor del contrato	\$ 78.423.000	
Valor certificado y Ejecutado		\$ 78.423.000
Valor por ejecutar		\$ 00
Valor a Favor de la Gobernación		\$ 00
SUMAS IGUALES	\$ 78.423.000	\$ 78.423.000

Rubro afectado:

RUBRO	DESCRIPCIÓN	VR CONTRATADO
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 141	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$ 28.423.000
0403 - 2.3.2.02.02.009.19.05.14 - 41	Gestión del Riesgo en Enfermedades Inmunoprevenibles - PAI	\$ 50.000.000
TOTALES		\$ 78.423.000

Para constancia se firma en el mes de julio de 2026.

PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON
Profesional Universitario Programa Ampliado de Inmunizaciones
Supervisor

Proyectó y Aprobó	Paola Marcela Chaparro Calderón	Cargo: P.U Programa Ampliado de Inmunizaciones	Firma:
-------------------	---------------------------------	--	--------

Calle 10 N° 10-77 Teléfonos: 098 592 4010
Email: ssda@amazonas.gov.co
Leticia, (Amazonas) Colombia www.amazonas.gov.co

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **ALISHA SAS** identificado(a) con **número 901.573.799** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130506000200398494** abierta el **25 de marzo de 2022**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **506398494**

10 dígitos: **0506398494**

16 dígitos: **0506000200398494**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **11 de febrero de 2026** a las **09:03**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO