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: Secretaría de Salud	

1. Secretaría: Salud

Dependencia o área: Enfermedades Infecciosas (Tuberculosis y Lepra) y Desatendidas

ACTA No.	FECHA ACTA			CONTRATO No.	FECHA CONTRATO		
	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
1	**02**	**10**	**2026**	**3942**	**01**	**10**	**2026**

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE MULTIMODAL, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES SOBRE LA EVALUACION DE IMPACTO DEL PROGRAMA ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS (EID), PERTENECIENTES A LA SECRETARIA DE SALUD DE AMAZONAS.

PLAZO	VALOR	FORMA DE PAGO
El plazo de ejecución del contrato será desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución hasta el 31 de diciembre de 2026, contados a partir de la firma del acta de inicio entre las partes., Contados a partir de la firma del acta de inicio entre las partes.	$1.304.623.100,00	PAGO - El DEPARTAMENTO cancelará al CONTRATISTA Se dará un anticipo del 30% y pagos parciales previa certificación establecida por el supervisor del contrato que se entregará una vez cumpla con los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, suma que se girará a una cuenta en la institución financiera que acuerde el CONTRATISTA con el DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS. En caso de que el oferente favorecido sea un Consorcio o Unión Temporal, para efectos del pago, éste deberá informar el número del NIT, a nombre del Consorcio o Unión Temporal, así como efectuar la facturación en formato aprobado por la DIAN a nombre del respectivo Consorcio o Unión Temporal. EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS. Sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el presente Convocatoria Pública y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros. Tendrá por ello, derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. EL DEPARTAMENTO cancelará el valor del contrato que se suscribe, según disponibilidad de Plan Anual de Caja, en moneda legal colombiana, dentro de los cinco (5) días hábiles, siguientes a la radicación en la Secretaria de Hacienda las c Departamento la respectiva factura comercial, acompaÉada de la certificación sobre el recibo a satisfacción suscrita por el supervisor designado por la Entidad, quien previamente deberá verificar las características y calidad de los bienes suministrados, entrada y salida de almacén. NOTA: • Las Formas de pago diferentes que presenten los oferentes no serán consideradas. • La Gobernación del Departamento de Amazonas no se responsabilizará por la demora en el pago al contratista, cuando ella fuere provocada por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite de las facturas y no se ajuste a cualquiera de las condiciones establecidas en el presente contrato.

FECHA DE INICIO			FECHA TERMINACIÓN DEL PLAZO			CONTRATISTA
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
02	10	2026	31	12	2026	TRANSPORTE FLUVIAL DEL AMAZONAS S.A.S RL: NINY YOJANA RIVERA AGREDO

SUPERVISOR: Líder de programa Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EID) o quien haga sus veces

En Leticia a los	DÍA	MES	AÑO	En la ciudad de Leticia, a los DOS días del mes de octubre del

	02	**10**	**2026**	año dos mil veintiséis (2026), se reunieron en las instalaciones de la Secretaria de Salud Departamental: El supervisor del contrato, Dra. PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON, identificado con cédula de Ciudadanía No. 52.396.081 y NINY YOJANA RIVERA AGREDO, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 34.317.806, en calidad de Representante Legal de TRANSPORTE FLUVIAL DEL AMAZONAS S.A.S, identificada con Nit. 901.083.289-5, con el objeto de iniciar formalmente la ejecución del acto acordado.

VALOR INICIAL CONTRATO	**VALOR ANTICIPO**	**% ANTICIPO**	**SALDO**
$ 1.304.623.100.oo	**$ 391.386.930**	**30%**	**$ 391.386.930.oo**

ESTADO LEGAL - GARANTÍAS

COMPAÑÍA DE SEGUROS	**RIESGO**	**PÓLIZA No.**	**VIGENCIA DESDE**			**VIGENCIA HASTA**		
			DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
Aseguradora solidaria	CUMPLIMIENTO	360–47-994000068883	02	10	2026	30	04	2027
	BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSION DEL ANTICIPO	360–47-994000068883	02	10	2026	30	04	2027
	PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	360–47-994000068883	02	10	2026	31	12	2029
	CALIDAD DEL SERVICIO	360–47-994000068883	02	10	2026	31	12	2027

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los dos (02) días del mes octubre del año 2026.



FIRMA SUPERVISOR



FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE SUPERVISOR	NOMBRE CONTRATISTA
PAOLA MARCELA CHAPARRO CALDERON	TRANSPORTE FLUVIAL DEL AMAZONAS S.A.S RL: NINY YOJANA RIVERA AGREDO

Original: Oficina Jurídica Departamental Copia: Supervisor Copia: Contabilidad