ACTA PARCIAL

MUNICIPIO DE YOPAL

I. DATOS GENERALES	
ACTA PARCIAL No. 3 DE 2021-06-09	CONTRATO No. 0300 DE 2021-02-18

II. GRADO DE RESPONSABILIDAD

1. Mediante le suscripción de la presente acta parcial de ejecución, el contratista y supervisor y/o interventor del contrato asumen plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida.

2. El supervisor y/o interventor del contrato revisará y verificará que toda la información incluida en esta acta sea correcta y como prueba de ello se firma la misma.

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
NÚMERO DE CONTRATO	0300	PORCENTAJE AVANCE CONTRATO 60%	
OBJETO DEL CONTRATO	REALIZAR INSPECCIÓN, VIGILANCIA AL 100% DE LOS EVENTOS DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES NOTIFICADAS AL SIVIGILA Y ASISTENCIA A LAS EAPB E IPS PARA LA GESTION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ENMARCADOS EN EL PROCESO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE YOPAL.		
VALOR DEL CONTRATO $17.000.000,00	Diecisiete Millones de Pesos		
EL CONTRATO TIENE ANTICIPOS SI: NO X	TIENE MÁS DE UN ANTICIPO SI: NO: X	PORCENTAJE 0%	
VALOR DEL ANTICIPO 1 0	Cero Pesos		
EL CONTRATO TIENE ADICIONAL SI: NO X	TIENE MÁS DE UN ADICIONAL SI: NO: X		
VALOR ADICIONAL $0,00	Cero Pesos		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO 17.000.000,00	Diecisiete Millones de Pesos		
PLAZO DEL CONTRATO:	Cinco (5) MESES	FECHA DE LEGALIZACIÓN:	2021-02-22
FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO:	2021-02-22	FECHA DE TERMINACIÓN:	2021-07-21
PERIODO DE LA PRESENTE ACTA:	DESDE: 2021-04-22	HASTA:	2021-05-21
MODALIDAD DEL CONTRATO:	CONTRATACIÓN DIRECTA		

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	FECHA	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1200.170.2021.0014	2021-02-17	2.3.2.02.02.009.01.14	SALUD PÚBLICA	$16.500.000,00
1200.170.2021.0014	2021-02-17	2.3.2.02.02.009.01.06	I.C.L.D.	$500.000,00

Imputación Presupuestal Información Equivalente Registrada en el Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías - SPGR				
No. CDP	FECHA	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
-	-	-	-	-

REGISTRO PRESUPUESTAL

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
Numero RP	**Fecha RP**	**Codigo Rubro**	**Fuente**	**Valor**

SC-CER 346073

06-1200.170.2021.1001840300	2021-02-18	2.3.2.02.02.009.01.14	SALUD PÚBLICA	$16.500.000,00
06-1200.170.2021.1001840300	2021-02-18	2.3.2.02.02.009.01.06	I.C.L.D.	$500.000,00

Imputación Presupuestal Información Equivalente Registrada en el Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías - SPGR				
Numero RP	**Fecha RP**	**Codigo Rubro**	**Fuente**	**Valor**
-	-	-	-	-

En la ciudad de Yopal, a los Nueve (09) días del mes de Junio de 2021 se reunieron ELIANA ANDREA MAYORGA DIAZ, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 53071920 de BOGOTÁ, como CONTRATISTA, con el objeto con el fin de suscribir la presente acta parcial del contrato anteriormente citado; se tiene en cuenta que:

Como Supervisor y/o Interventor, certificó que: ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO, Identificado Con Nit No. 53071920-8 se encuentra afiliado a salud, pensión y riesgos laborales y que realizó el pago de los aportes de salud, pensión y riesgos del mes de MAYO, los cuales están correctamente liquidados y pagados de acuerdo a la normatividad, vigente. Así mismo, en mi calidad de Supervisor y/o Interventor, certifico que el contratista ha cumplido con sus obligaciones contractuales durante el periodo relacionado en la presente acta.

IV. PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

	SALUD	PENSION	ARL
NOMBRE EMPRESA	E.P.S. SANITAS S.A.	COLFONDOS	POSITIVA
NÚMERO PLANILLA	50507874	50507874	50507874
VALOR	$237.500,00	$304.000,00	$46.300,00
VALOR INTERES	$0,00	$0,00	$0,00
PERIODO INICIO	2021-05-01	PERIODO FIN	2021-05-31
VALOR TOTAL	$587.800,00	Base Cotización o IBc	$1.900.000,00
FECHA PAGO	2021-05-10		
NOMBRE EMPRESA	E.P.S. SANITAS S.A.	COLFONDOS	POSITIVA
NÚMERO PLANILLA	49710859	49710859	49710859
VALOR	$235.000,00	$300.800,00	$45.800,00
VALOR INTERES	$0,00	$0,00	$0,00
PERIODO INICIO	2021-04-01	PERIODO FIN	2021-04-30
VALOR TOTAL	$581.600,00	Base Cotización o IBc	$1.880.000,00
FECHA PAGO	2021-04-06		

V. CONTRATOS ADICIONALES, PRORROGAS, SUSPENSIÓN Y/O REINICIO

PRORROGAS

Prórroga No.	Tiempo
-	-

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSION

Acta No.	Tiempo
-	-

VALOR ADICIONES

Adicional No.	Valor (M.L.C.)
-	-

VI. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$17.000.000,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$17.000.000,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
VALOR ACTA No. 1	$3.400.000,00	$0,00	$3.400.000,00
VALOR ACTA No. 2	$3.400.000,00	$0,00	$3.400.000,00
PRESENTE ACTA	$3.400.000,00	$0,00	$3.400.000,00
TOTAL	$10.200.000,00	$0,00	$10.200.000,00
SALDO POR EJECUTAR	$6.800.000,00	$0,00	

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA $3.400.000,00	Tres Millones Cuatrocientos Mil Pesos
OBSERVACIONES:	

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los Nueve (09) días del mes de Junio de 2021.

ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO
CONTRATISTA

ELIANA ANDREA MAYORGA DIAZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

SC-CER 346073

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53071920	ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO	CALLE 11 A 78 D 56 APTO 413 TORRE 4	4738940	adpgomezt@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	10/05/2021	50507874	$587.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Cambio residencia	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53071920	GOMEZ TRUJILLO ANDREA DEL PILAR	59	0			N																	231001	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS005	1.900.000	237.500	14-23	1.900.000	3	46.300		0	0	0	0	0	0	0	0

VBo Efectivo

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53071920	ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO	CALLE 11 A 78 D 56 APTO 413 TORRE 4	4738940	adpgomezt@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	10/05/2021	50507874	$587.800	

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	237.500	0		0		0	0	0	0	237.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	304.000	0	0	0	0	0	0		304.000	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	46.300				46.300	0	0	46.300			463	46.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	237.500	237.500
Pensión	1	304.000	304.000
Riesgos Laborales	1	46.300	46.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	587.800	587.800

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

Junio 3 de 2021 / 11:33 AM

Inicio / Consulta Pago por Aportes

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	53071920
Número de Planilla:	50507874
Fecha de pago de la planilla:	Día: 10 Mes: Mayo Año: 2021
Periodo de pago salud:	Mes: Mayo Año: 2021
Ingrese el valor total pagado de la planilla:	587800 No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas
Digite el número que aparece en la imagen:	689899

POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Mayo - 2021
Colfondos	Mayo - 2021
Sanitas EPS	Mayo - 2021

https://www.miplanilla.com/
Inicio Quienes somos Por que usar miplanilla.com Productos Informacion util para empresas Informacion util para independientes Ayuda Contáctenos
Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.
certicámara.
Acerca de los certificados SSL
CO-SC5882-10
compensar | miplanilla.com
Comfenalco Valle de la gente
Powered by Cenet Edinet
Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia
Su dirección IP actual es: 177.93.48.27

Vo Bo Efidrea012

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53071920	ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO		CALLE 11 A 78 D 56 APTO 413 TORRE 4	4738940	adpgomezt@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	06/04/2021	49710859	$581.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Enamorado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53071920	GOMEZ TRUJILLO ANDREA DEL PILAR	59	0			N																	231001	1.880.000	300.600	0	0	0	0	EPS005	1.880.000	235.000	14-23	1.880.000	3	45.600		0	0	0	0	0	0	0	0

Vo Bo Efrén Cortés

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53071920	ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO		CALLE 11 A 78 D 56 APTO 413 TORRE 4	4738940	adpgomezt@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	06/04/2021	49710859	$581.600	

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	235.000	0		0		0	0	0	0	235.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	300.800	0	0	0	0	0	0		300.800	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	45.800				45.800	0	0	45.800			458	45.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	235.000	235.000
Pensión	1	300.800	300.800
Riesgos Laborales	1	45.800	45.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	581.600	581.600

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

Junio 4 de 2021 / 9:48 AM

Inicio / Consulta Pago por Aportes

Esta consulta esta únicamente disponible para que pueda verificar una planilla que ha pagado un independiente en los ultimos 12 meses, suministrando los datos a continuación que la persona le ha indicado.

Tipo de Documento:	Cédula Ciudadanía
Número de Documento:	53071920
Número de Planilla:	49710859
Fecha de pago de la planilla:	Día: 6 Mes: Abril Año: 2021
Periodo de pago salud:	Mes: Abril Año: 2021
Ingrese el valor total pagado de la planilla:	581600 No ingresar letras, caracteres extraños ni puntos o comas
Digite el número que aparece en la imagen:	596996

Entidades administradoras	Periodo de pago
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	Abril - 2021
Colfondos	Abril - 2021
Sanitas EPS	Abril - 2021

Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara

Acerca de los certificados SSL

CO-SC5692-16

compensar | miplanilla.com

Comfenalco Valle de la gente

Powered by Cenet Edinet

VoBo Efe Idrobo

INFORME DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO DE YOPAL

FECHA:	9	06	2021

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones en el momento de diligenciar este documento:

- Recuerde que este informe debe ser detallado, siendo descriptivo en las actividades que se ejecutaron.
- Este formato puede ser diligenciado a mano en letra imprenta.

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No DEL CONTRATO Y FECHA	N° 1001.84.0300.2021 del 18/ 02/ 2021
VALOR DEL CONTRATO	DIECISIETE MILLONES DE PESOS M/CTE. ($17.000.000)
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE YOPAL CASANARE
CONTRATISTA	ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO
No. DE IDENTIFICACION	**53.071.920 DE BOGOTÁ**
PLAZO DE EJECUCION	CINCO (5) MESES
SUPERVISOR	**ELIANA ANDREA MAYORGA DIAZ- PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 2. CODIGO 243**
FECHA DE INICIO	2021/02/22
PERIODO DEL INFORME	**22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DEL 2021**
OBJETO DEL CONTRATO	REALIZAR INSPECCIÓN, VIGILANCIA AL 100% DE LOS EVENTOS DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES NOTIFICADAS AL SIVIGILA Y ASISTENCIA A LAS EAPB E IPS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ENMARCADOS EN EL PROCESO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

<table>
<tr><th>ACTIVIDAD No</th><th>EJECUCION</th><th>INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD</th></tr>
<tr><td>1.Realizar el 100% de las investigaciones de campo y acciones de vigilancia de los eventos de enfermedades Inmunoprevenibles notificados en el sistema de vigilancia (SIVIGILA), diligenciando el respectivo formato y lista de chequeo; y diligenciar la bitácora de cada</td><td>Realicé durante el periodo del 22 de abril al 21 de mayo del presente año, seguimiento a eventos de interés en salud pública para eventos inmunoprevenibles como

<table><tr><th>Eventos Inmunoprevenibles</th><th>Cantidad</th></tr><tr><td>EAPV</td><td>1</td></tr><tr><td>Sarampión</td><td>1</td></tr><tr><td>Varicela</td><td>1</td></tr><tr><td>TOTAL</td><td>3</td></tr></table>
Los eventos anteriores fueron notificados a través del aplicativo SIVIGILA, y realicé seguimiento telefónico y verificación de cada caso.
Se realizó las investigaciones Epidemiológicas de campo entregadas a la referente del programa ampliado de inmunizaciones.</td><td>La información se encuentra en físico en carpeta cuatro solapas, identificada según la TRD1110.108.4 serie Enfermedades Inmunoprevenibles sub serie vigilancia de eventos inmunoprevenibles. Dejando ficha de notificación- IEC y seguimientos realizados Y en equipo de cómputo de oficina centro de acopio Juan Luis Londoño.</td></tr>
</table>

icontec ISO 9001 SC-CER 346073

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD
paciente de acuerdo a las novedades que se presenten. (llamadas telefónicas, no ubicación de paciente, cambio de residencia, remisiones, entre otras).	De igual manera se preparó dos Unidades de análisis de los eventos relacionados con vacuna, presentados y apoyados al Departamento. De los cuales son clasificados así: **Nombre: BRAC** **Edad:** 91 años **Sexo:** FEMENINO **Fecha de nacimiento**: 05/10/1929 **Nacionalidad**: Colombiana **Cuidad residencia**: Yopal **Clasificación**: Coincidente Se solicito a la IPS notificadora Hospital Regional de la Orinoquia realizar ajuste al SIVIGILA. Unidad de análisis realizada el 24 de mayo del 2021. **Nombre: IGAC** **Identificación:** RC 122213467 **Edad:** 1 años y 5 meses **Sexo:** masculino **Dirección:** Crr 17 N° 22-76 de Aguazul **Celular:** 3223392868 **Fecha de Nacimiento**: 20-07-2019 **Clasificación:** EAPV GRAVE por error programático presentado por la vacunadora de MI IPS Llanos Orientales.	En CD en carpeta demarcada Investigación Epidemiológica de campo Se evidencian 1 carpeta marcadas así: ESAVI en donde se encuentra la Investigación de campo y documentos necesarios y la unidad de análisis realizada. SARAMPION: en donde se encuentra la Investigación de campo y documentos
5.Realizar semanalmente los ajustes al SIVIGILA, ingresando información complementaria obtenida en la visita de campo con el técnico de apoyo de vigilancia y notificar a las UPGD para ajustes según corresponda. Producto: Matriz de Ajustes realizados	Realicé verificación a la base del SIVIGILA de manera semanal, para identificar y realizar ajustes relacionados al programa ampliado de inmunizaciones. En donde para el periodo del 22 de abril al 21 de mayo se solicito realizar ajuste en plataforma SIVIGILA. para los eventos posteriores a la vacunación. Solicitud directa realizada durante la Unidad de análisis al Hospital regional de la Orinoquia.	Información en medio magnética ubicada oficina centro de acopio municipal, en el equipo de cómputo de la referente del programa de Inmunoprevenibles.
7. Realizar asistencia técnica a los prestadores de	Realicé acompañamiento a Medytec para la implementación de punto de vacunación de COVID-19, dando	Información que se encuentra soportada mediante registro

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD
servicios de salud en la implementación de la vacunación contra COVID-19	recomendaciones para su adecuación y futura presentación como: • Horarios de apertura. • Protocolos y procedimientos. • Punto de vacunación y las acciones a realizar en cada uno. • Personal disponible a tener presente.	fotográfico de acompañamiento realizado. En CD Se encuentra en carpeta denominada Asistencia técnica.
10.Apoyar Comité de Vigilancia Epidemiológica de los eventos de Enfermedades Inmunoprevenibles y los Comités de Vigilancia Epidemiológica por Mortalidad infantil ocurridos en el municipio de Yopal. PRODUCTO Acta de Comités de Vigilancia.	Participé en el segundo comité de Sarampión y Rubeola, en donde se presentó las siguientes ítems: • Coberturas por EAPB • Cobertura por edad • Actividades realizadas durante toda lo corrido de la jornada • Presentación por EAPB actividades a realizar para aumentar coberturas Participé en Cuarto Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipal (COVE) • Socialización seguridad alimentaria. • Socialización Zoonosis • Socialización salud mental.	La información se encuentra en físico en carpeta cuatro solapas, identificada según la TRD1110.108.4 serie Enfermedades Inmunoprevenibles sub serie Lineamientos Sarampión y Rubeola Y en equipo de cómputo de oficina centro de acopio Juan Luis Londoño. En CD en carpeta denominada Comité se encuentra el Acta y la presentación realizada.
12.Participar en las jornadas nacionales de vacunación y en las Jornada Nacionales de Vacunación contra el COVID -19 y la Jornada de Sarampión/Rubeola programadas para el 2021. Producto reporte de la Jornada de Vacunación según lineamientos del Ministerio de salud a través del (Programa Ampliado de Inmunizaciones)	Participé en la organización de la jornada nacional de vacunación contra Sarampión y Rubeola, en donde se realizó diferentes actividades en conjunto con la referente del programa ampliado de inmunizaciones, desarrollando actividades de reunión, formulación del plan de acción, verificación de acciones, socialización mediante oficio a los CDI y colegios del municipio de Yopal de la jornada de vacunación. De igual manera se realizó apoyo en la programación de las diferentes actividades realizadas, con la elaboración de los poster comunicativos, consolidación de informes diarios, semanales y mensuales de Sarampión y Rubeola, reunión con el personal técnico en vacunación.	La información se encuentra en físico en carpeta cuatro solapas, identificada según la TRD1110.108.4 serie Enfermedades Inmunoprevenibles sub serie Lineamientos Sarampión y Rubeola Y en equipo de cómputo de oficina centro de acopio Juan Luis Londoño. En el CD se encuentra carpeta denominada CARPERA SARAMPION Y RUBEOLA.

INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD
15. Presentar informe mensual y final cualitativo y cuantitativo de los diferentes planes, programas y proyectos. Producto: Informe físico y magnético, especificando indicadores y metas de cumplimiento, que permitan mantener actualizadas las bases de datos de la Secretaría de Salud Municipal, anexando Documentos soportes (actas, oficios, listados de asistencia, registros fotográficos).	Realicé informe consolidado de las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato en el periodo del 22 de abril al 21 de mayo del 2021 y se entregó cada uno de los soportes que sustenta la ejecución de cada una de ellas a la referente del programa de eventos inmunoprevenibles. Se adjunta documento externo con la presentación de análisis cualitativo y cuantitativo.	El informe se radico en archivo en la oficina de la Secretaria de Salud y demás información se encuentra en físico en carpeta cuatro solapas amarilla identificada: Enfermedades inmunoprevenibles. CD Actividad N° 15 Informe Cuali- cuantitativo

DECLARACIÓN : Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

OBSERVACIONES Y/O ANEXOS	ANEXO PLANILLA DE PAGO DE MES DE ABRIL CON PLANILLA N° 49710859 Y LA DE MAYO CON PLANILLA N° 50507874 DEL 10-05-2021 PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES).
FIRMA **Nombre** **Identificación del Contratista**	Andrea del Pilar Gomez

SUPERVISION POR EL MUNICIPIO

VoBo REVISION TECNICA: (APOYO A LA SUPERVISION CONTRATO No. Xxx/13) **Nota:** Este campo aplica siempre y cuando exista un contrato de apoyo a la supervisión, de lo contrario no diligenciar.	**FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**
NOMBRE:	**NOMBRE: ELIANA ANDREA MAYORGA DIAZ**
CARGO:	**CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 2. CODIGO 243**

INFORME CUALITATIVO Y CUANTITATIVO PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES CONTRATO 1001.84.0300.2021

Fecha de Informe del: 22 DE ABRIL AL 21 DE MAYO DEL 2021

Fecha Elaboración: 31/05/2021

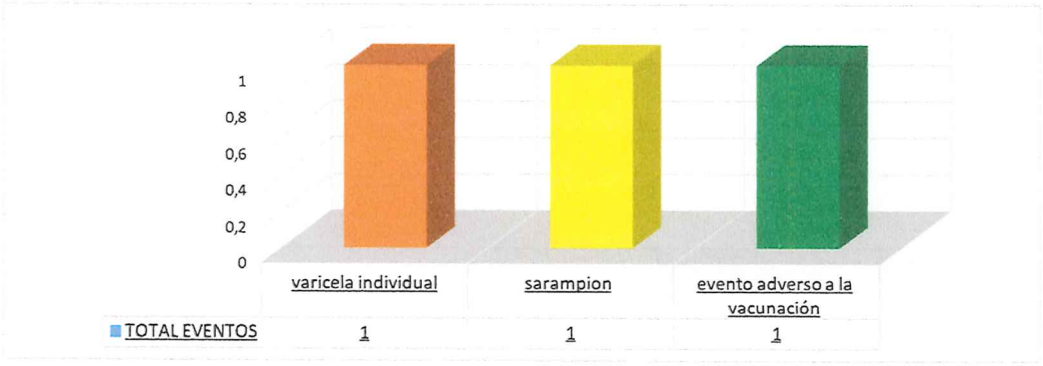
Objeto Contrato: "Realizar inspección, vigilancia al 100% de los eventos de enfermedades inmunoprevenibles notificadas al SIVIGILA y asistencia a las EAPB e IPS para la gestión del programa ampliado de inmunizaciones enmarcados en el proceso de salud del municipio de Yopal.

ACTIVIDAD N°1:

Realizar el 100% de las investigaciones de campo y acciones de vigilancia de los eventos de enfermedades Inmunoprevenibles notificados en el sistema de vigilancia (SIVIGILA), diligenciando el respectivo formato y lista de chequeo; y diligenciar la bitácora de cada paciente de acuerdo a las novedades que se presenten. (Llamadas telefónicas, no ubicación de paciente, cambio de residencia,
Remisiones, entre otras).

Realicé durante el periodo del 22 de abril al 21 de mayo del presente año, las siguientes investigaciones epidemiológicas de campo.

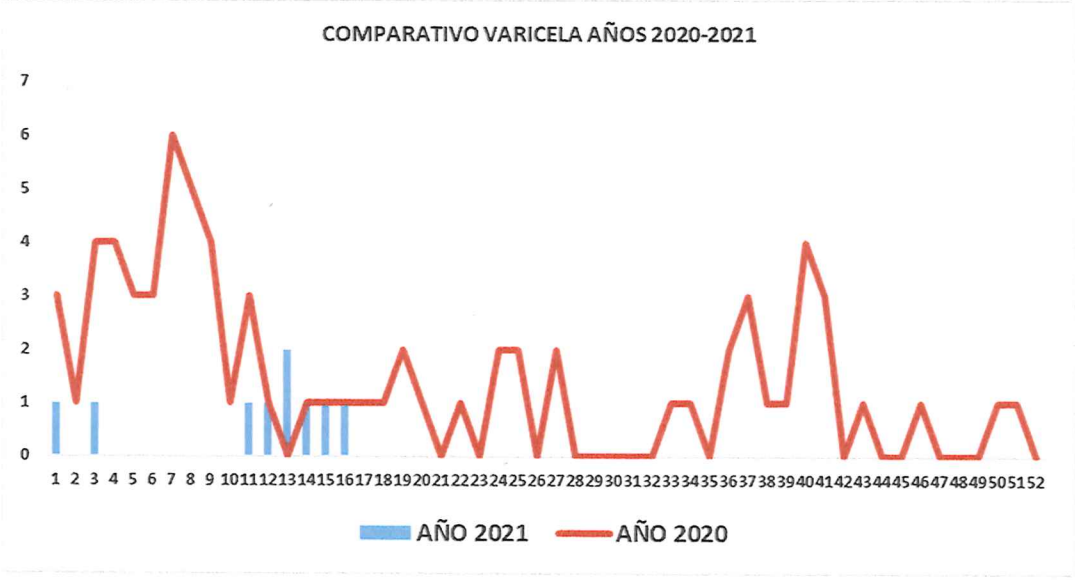
Grafica 1. Comportamiento Eventos inmunoprevenibles para el año 2021



Fuente: Base de datos aplicativo SIVIGILA

Se realiza análisis de las bases de datos establecidas por el SIVIGILA cada semana, donde se realiza seguimiento a cada caso presentado, al momento se cuenta con un total de 3 casos para eventos inmunoprevenibles durante el periodo reportado, de la siguiente manera Varicela (n=1), Sarampión (n=1), Evento adverso posterior a la vacunación (n=1)
Es importante anotar que el evento analizado de sarampión durante la Investigación epidemiológica de campo se puede inferir que no cumple con definición de caso para dicha patología, Sin embargo, se está a la espera de resultado de laboratorio del INS para poder confirmar o descartar el evento.

Grafica 2. Comportamiento Eventos inmunoprevenibles para Varicela en el 2021



Fuente: Base de datos aplicativo SIVIGILA

Se observa que, durante el año 2021 para los eventos de interés en salud pública con relación a Varicela, los casos han presentado disminución a comparación del año anterior, y la hipótesis se relaciona debido a la pandemia actual que se vive a causa del COVID-19. Esto ha permitido mayor cuidado de los menores en casa evitando de esta manera el modo de transmisión del virus que se da por el contacto en instituciones educativas, entre otras.

Se realizó la verificación al 100% de la base de datos del SIVIGILA para el periodo reportado en donde se hizo seguimiento a cada caso y se informó a la referente del programa de inmunoprevenibles las recomendaciones realizadas a los casos notificados.

Para el evento Adverso posterior a la vacunación se realizo diferentes actividades dentro de las cuales fueron

- Verificación notificación
- IEC
- Reporte de informe de IEC
- Verificación de HC

- Preparación Unidad de análisis
- Participación en unidad de análisis.

Para esta unidad se considero que el evento adverso presentado fue coincidente con la vacunación, por lo que se solicito ajuste en plataforma SIVIGILA al hospital Regional de la Orinoquia.

ACTIVIDAD 5.

Realizar semanalmente los ajustes al SIVIGILA, ingresando información complementaria obtenida en la visita de campo con el técnico de apoyo de vigilancia y notificar a las UPGD para ajustes según corresponda. Producto: Matriz de Ajustes realizados

Uno de ellos fue catalogado como evento coincidente a la vacunación el cual requirió realizar ajuste al aplicativo SIVIGILA

Nombre: BRAC
Edad: 91 años
Sexo: FEMENINO
Fecha de nacimiento: 05/10/1929
Nacionalidad: colombiana
Cuidad residencia: Yopal
Clasificación: Coincidente
Se solicito a la IPS notificadora Hospital Regional de la Orinoquia realizar ajuste al SIVIGILA.

Nombre: IGAC
Identificación: RC 122213467
Edad: 1 años y 5 meses
Sexo: masculino
Dirección: Crr 17 N° 22-76 de Aguazul
Celular: 3223392868
Fecha de Nacimiento: 20-07-2019
Clasificación: EAPV GRAVE por error programático presentado por la vacunadora de MI IPS Llanos Orientales.

ACTIVIDAD 7

Realizar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud en la implementación de la vacunación contra COVID-19.

Realicé acompañamiento a Medytec para la implementación de punto de vacunación de COVID-19, dando recomendaciones para su adecuación y futura presentación como:

- Horarios de apertura.

9A

- Protocolos y procedimientos.
- Punto de vacunación y las acciones a realizar en cada uno.
- Personal disponible a tener presente.

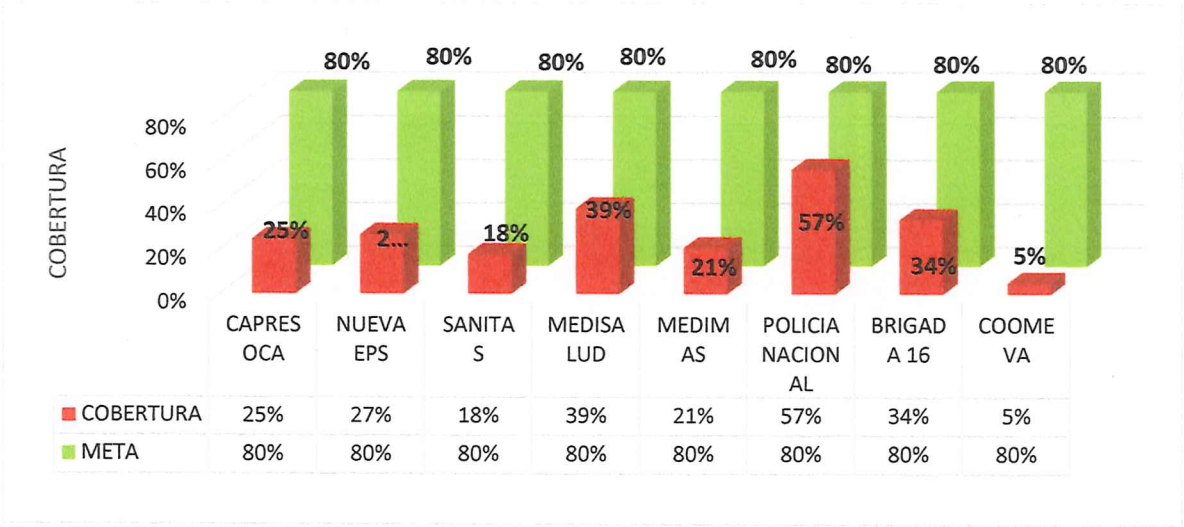
ACTIVIDAD N° 10.

Apoyar Comité de Vigilancia Epidemiológica de los eventos de Enfermedades Inmunoprevenibles y los Comités de Vigilancia Epidemiológica por Mortalidad infantil ocurridos en el municipio de Yopal. PRODUCTO Acta de Comités de Vigilancia.

Participé en el segundo comité de Sarampión y Rubeola, en donde se presentó las siguientes ítems:

- Coberturas por EAPB
- Cobertura por edad
- Actividades realizadas durante toda lo corrido de la jornada
- Presentación por EAPB actividades a realizar para aumentar coberturas

Grafica 3 COBERTURA DE VACUNACION SARAMPION Y RUBEOLA POR EAPB



	CAPRESOCA	NUEVA EPS	SANITAS	MEDISALUD	MEDIMAS	POLICIA NACIONAL	BRIGADA 16	COOMEVA
COBERTURA	25%	27%	18%	39%	21%	57%	34%	5%
META	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

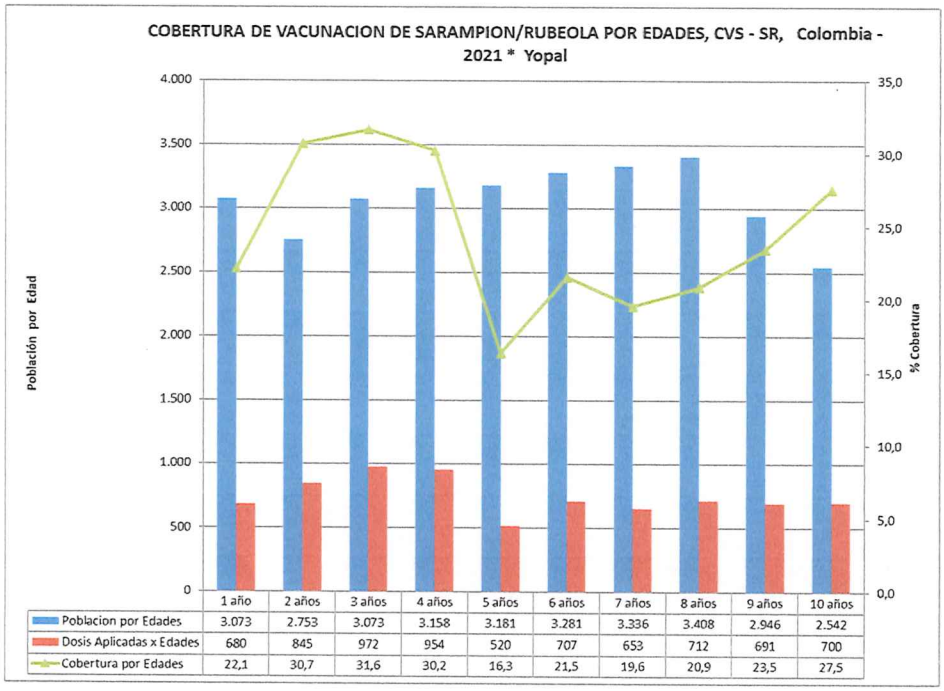
Fuente: Programa ampliado de inmunizaciones.

Se evidencia que a la fecha no se cuenta con un cumplimiento de ninguna EAPB por mayor del 80% según lo establecido por los lineamientos nacionales de vacunación de Sarampión y Rubeola, donde se indica que al momento la cobertura debe ser mayor.

A la fecha se tiene un total de menores vacunados así por EAPB:

EAPB	CANTIDAD VACUNADOS
Medimás	1209
Policía Nacional	267
Medisalud	197
Coomeva	21
Capresoca	2410
Nueva Eps	1908
Sanitas	1604
Brigada XVI	464

Para lo cual las edades de este reporte son



Fuente: Vacunometro sarampión y rubeola.

Se evidencia mayor dosis aplicadas para las edades de 3 años (n=972), seguida de 4 años (n=954), para los de 2 años un total de (n= 845), seis años con un total de (n= 707) menores, y se logra para cada grupo etéreo una cifra de interés que aumenta los valores esperados para la meta, pero que aun no se alcanza. Se continúa realizando diferentes actividades que ayuden a contribuir al logro de esa meta a nivel municipal.

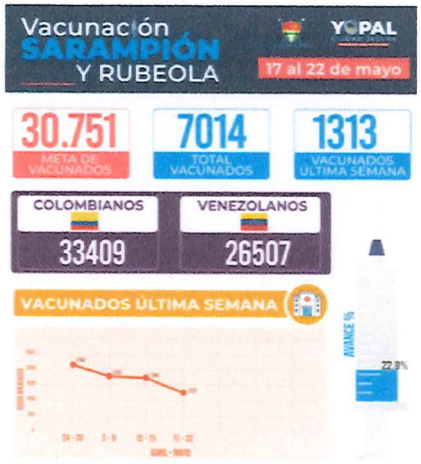
Se informa que se han desarrollado diferentes actividades de jornada de vacunación con colegios públicos y privados donde se desarrollan diferentes piezas

comunicativas para ser enviadas a toda la población y de esta manera enterar a la comunidad de la actividad.
Dichas poster o piezas comunicativas son como:





De manera adicional se ha realizado la publicidad de la infografía semanal de la siguiente manera:



Actividad N° 15

Presentar informe mensual y final cualitativo y cuantitativo de los diferentes planes, programas y proyectos. Producto: Informe físico y magnético, especificando indicadores y metas de cumplimiento, que permitan mantener actualizadas las bases de datos de la Secretaría de Salud Municipal, anexando. Documentos soportes (actas, oficios, listados de asistencia, registros fotográficos).

Se realiza informe cualitativo y cuantitativo de periodo comprendido del 22 de abril al 21 de mayo del 2021.

Andrea del Pilar Goma

Elaboró: ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO
Profesional de apoyo - Contratista

Eliana Andrea

Revisó: ELIANA ANDREA MAYORGA DIAZ
Profesional Universitario G2
Referente de Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos

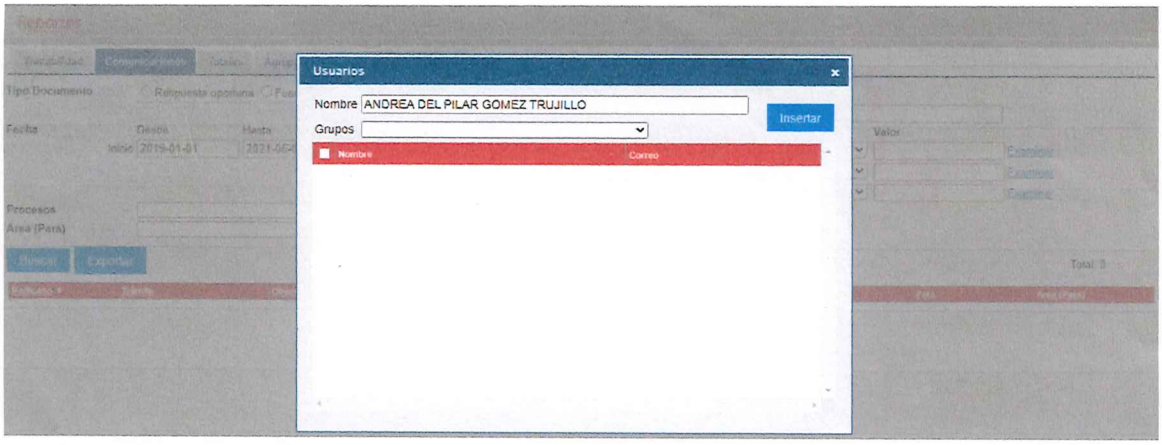
CERTIFICACIÓN

1190.219

LA SECRETARÍA GENERAL A TRAVÉS DEL AREA DE ATENCION CIUDADANO

CERTIFICA QUE:

Que el señor(a) **ANDREA DEL PILAR GOMEZ TRUJILLO,** identificado(a) con cedula ciudadanía N° 53.071.920 adscrito(a) a la **SECRETARIA DE SALUD**, NO presenta usuario Qfdocument para la vigencia del 01/01/2020 hasta 22/05/2021.



Fuente: Herramienta QFDocument / Anexo pantallazo

Nota: Se informa que es responsabilidad del contratista o funcionario el manejo del usuario.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los tres (03) días del mes de junio de 2021.

OSNITH FERNANDA RAMIREZ GUANARO

LÍDER DE PROCESO
ATENCION AL CIUDADANO

Elaboró:
Alexandra Hernández V.
Técnico Administrativo Contratado.

TELEFONOS CELULAR: 322 726 1115 - 322 723 5881
DIAGONAL 15 N° 15-21 YOPAL –CASANARE Código Postal 850001
www.yopal-casanare.gov.co Email: contactenos@yopal-casanare.gov.co

SC-CER 346073