GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE: DEL 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 AL 26 DE OCTUBRE DEL 2024 CONTRATO No. 3680

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0147

FECHA INICIACIÓN:27/09/2024 FECHA TERMINACIÓN: 26/12/2024

CONTRATISTA: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ INTERVENTOR: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL MANEJO DE BASES DE DATOS DEL PROGRAMA DE ETV, INCLUYENDO LA EDICIÓN DE FORMULARIOS, LA CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN TÉCNICA GENERADA POR EL EQUIPO, Y EL SOPORTE PARA LA RECOPILACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ENTOMOLÓGICOS. Nº7

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyo en la realización de encuestas, muestreos entomológicos y ejecución de actividades de promoción, prevención y control físico de acuerdo a los protocolos vigentes en áreas asignadas según situación entomológica y epidemiológica de las ETV.	Durante este periodo de reporte se brindó apoyo en la actualización y registro de usuarios, así como en la modificación del formulario para la realización de la segunda encuesta entomológica en los municipios de Boyacá con riesgo de arbovirosis. Se apoyo en los ajustes necesarios en el aplicativo de datos proyecto "2 ENCUESTA ARBOVIRUS 2024" para permitir el registro de viviendas de interés.	**X**			
2	Apoyo a la consolidación de información derivada del programa de enfermedades trasmitidas por vectores dentro de su plan regular y demás estrategias, planes y programas adelantados durante la vigencia.	Se brindó apoyo en la consolidación de actividades e información generada por el personal técnico del programa de ETV, incluyendo acciones de IEC y control. Se mantuvo actualizada y disponible la información de estas acciones a lo largo del año 2024.	**X**			
3	Apoyo al levantamiento de líneas de base y seguimiento de indicadores entomológicos, demográficos, sociales y ambientales de los municipios con riesgo para la transmisión de enfermedades por vectores en el departamento de Boyacá.	En este periodo de reporte, se mantiene consolidada y actualizada la información conforme a los requerimientos técnicos y solicitudes, utilizando como base el registro en el aplicativo de las acciones realizadas en los municipios de Boyacá con riesgo para ETV.	**X**			
4	Apoyo en la consolidación y actualización de bases de datos que hacen parte derivada del programa de enfermedades trasmitidas por vectores dentro de su plan regular y demás estrategias, planes y programas adelantados durante la vigencia.	Durante este periodo se mantiene actualizada la información del programa de ETV que permitan por parte de la coordinación programa realizar de manera optima las programaciones y acciones necesarias en los municipios a riesgo, de acuerdo con los requerimientos técnicos. Para ello, es esencial contar con información actualizada del personal contratado.	**X**			
5	Apoyo en la consolidación de información producto de las intervenciones y elaboración de informes de municipios con acciones en la promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores en el	Durante este periodo se apoyó en la consolidación de acciones adelantadas mantenimiento de la base de datos de las acciones de IEC y control integral realizadas en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá.	**X**			

	Departamento de Boyacá.	Se brindó apoyo en la actualización y consolidación de las actividades adelantadas en el municipio de Cubará para el control de la malaria, las cuales fueron georreferenciadas en el aplicativo del programa para facilitar el registro y seguimiento de acciones en los municipios a riesgo del departamento. Se consolidaron y actualizaron los PRTC en los municipios de Tenza y Guateque, y se remitió una base de datos actualizada al personal asignado en estos municipios para que puedan tomar las acciones y hacer los seguimientos correspondientes según los requerimientos técnicos.				
6	Apoyo en la elaboración de mapas unificados, consolidación de información como insumo para informes internos y externos de las localidades y municipios intervenidos dentro de los programas adelantados por el programa de control de enfermedades transmitidas por vectores.	Se brindó apoyo en la consolidación de información de mapas de riesgo para las diferentes patologías de ETV.	**X**			
7	Apoyo actividades propias para la implementación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) sobre los factores de riesgo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (E.T.V.) en municipios con riesgo para la transmisión.	Durante este periodo, se llevó a cabo el apoyo en la socialización y capacitación del personal que forma parte del programa de ETV, enfocándose en el manejo de acciones y el registro de actividades realizadas en los municipios en riesgo del departamento de Boyacá. Se apoyo en la actualización y consolidación de la información sobre las actividades adelantadas en el municipio de Cubará para la vigilancia y control de la malaria, asegurando que las acciones estén debidamente documentadas.	**X**			
8	Aplicar y usar racionalmente los insumos críticos suministrados por el programa de enfermedades transmitidas por vectores para la atención oportuna y eficiente en el control vectorial utilizando adecuadamente los elementos de protección personal suministrados por el contratista.	Para este periodo de reporte, no se requirió apoyo técnico para la aplicación y uso de insumos críticos; sin embargo, se cuenta con la disponibilidad de elementos de protección personal, conforme a los requerimientos técnicos y epidemiológicos, en caso de que se necesiten para el uso de insumos. Se brindó apoyo en las gestiones inherentes a la disposición final de residuos y envases de sustancias químicas utilizadas en salud pública por parte del programa de ETV en el departamento de Boyacá.		**X**		
9	Apoyar investigación operativa de interés Departamental y demás entidades que hacen pate del programa de ETV.	Para este periodo, se mantiene un apoyo constante para investigaciones operativas, proporcionando asistencia en la consolidación de las acciones adelantadas por parte del equipo técnico del programa de ETV en los municipios a riesgo.	**X**			
10	Contar con dispositivo móvil celular con datos que permita el manejo y cargue de información de actividades de ETV desarrolladas en los municipios asignados y de acuerdo al aplicativo utilizado por el programa.	Se dispone de un dispositivo móvil para la sincronización de la información generada en campo. Asimismo, se verifica que todos los registros de las actividades realizadas por el personal estén adecuadamente cargados en el aplicativo del programa.	**X**			
11	Presentar informes y soportes correspondientes a cada actividad realizada en los municipios priorizados en las acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores al supervisor designado por la Secretaria de Salud de Boyacá.	Se presentan informes sobre las actividades realizadas en el programa de ETV, como apoyo en la consolidación de acciones y el registro de georreferenciación de puntos de interés a nivel municipal y departamental. Esto permite evidenciar las acciones ejecutadas en vigilancia y control en los municipios priorizados.	**X**			
12	Realizar uso adecuado y mantenimiento de los elementos, equipos asignados para la ejecución de actividades de prevención y control de las ETV, haciendo devolución en	Se cumplió con el numeral relacionado con el uso adecuado y el mantenimiento de los elementos y equipos asignados para las actividades de prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Aunque no se realizó mantenimiento de equipos durante este	**X**			

	óptimas condiciones de funcionamiento y presentación al personal designado.	periodo ni se asignaron nuevos dispositivos, se garantiza que, en caso de recibir maquinaria en el futuro, se tomará el debido cuidado en su uso y mantenimiento, así como en su devolución en óptimas condiciones.				
13	Apoyo en la actualización, edición y análisis de plataforma web para el registro, consolidación y tabulación de información de actividades desarrolladas en los municipios en riesgo en tiempo real en campo; procesando variables epidemiológicas y entomológicas dentro de las bases de datos del programa de ETV	Para este periodo de reporte de actividades, se brindó apoyo mediante la consolidación de las acciones adelantadas en los municipios a riesgo del departamento de Boyacá. Esto incluye las acciones de IEC y control integral realizadas en estos municipios, las actividades de malaria desarrolladas en el municipio de Cubará, y los PRTC instalados en los municipios de Tenza y Guateque. Estas actividades están debidamente registradas en el aplicativo del programa de ETV como evidencia de las acciones de control vectorial en el departamento de Boyacá para la vigencia 2024.	**X**			
14	Apoyo en la asistencia técnica, capacitación y asesoría en el manejo de la herramienta web utilizada y procesamiento de datos de datos al personal del programa de enfermedades transmitidas por vectores y del área de salud de promoción y prevención según necesidad.	Para este periodo, se brindó apoyo al personal nuevo del programa de ETV en el manejo de la herramienta de recolección de actividades desarrolladas para el control vectorial en el departamento de Boyacá. Asimismo, se facilitó el acceso a los diferentes proyectos utilizados por el programa para el registro de visitas.	**X**			
15	Apoyo en la consolidación de información técnica necesaria para la proyección y elaboración de estudios, proyectos, planes y programas que hacen parte del programa de enfermedades transmitidas por vectores del departamento de Boyacá.	Se brindó apoyo en la consolidación de la información técnica de acuerdo a las necesidades del programa de control de enfermedades transmitidas por vectores	**X**			

Firma:_____

Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-020720-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P: Cumple parcialmente las actividades pactadas. N: No cumplió las actividades pactadas.

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	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	6087481597	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		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	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80882253	$57.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	24.600	0		0		0	0	0	0	24.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	31.500	0	0	0	0	0	0		31.500	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	1.100				1.100	0	0	1.100			11	1.100	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	24.600	24.600
Pensión	1	31.500	31.500
Riesgos Laborales	1	1.100	1.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	57.200	57.200

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
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		CALLE 17A No.14A - 28	6087481597	cafe0916@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80882253	$57.200	

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	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	59	0			N	X	X															230301	196.360	31.500	0	0	0	0	EPS017	196.360	24.600	14-23	196.360	1	1.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	28/10/2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	3680	DE FECHA: 25/09/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL MANEJO DE BASES DE DATOS DEL PROGRAMA DE ETV, INCLUYENDO LA EDICIÓN DE FORMULARIOS, LA CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN TÉCNICA GENERADA POR EL EQUIPO, Y EL SOPORTE PARA LA RECOPILACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ENTOMOLÓGICOS. Nº7		
CONTRATISTA	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		NIT:7180369-9
			C.C:7180369
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO		C.C:7169525
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 11.044.800,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 11.044.800,00	
PLAZO INICIAL	TRES (3) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	TRES (3) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	27/09/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	26/12/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**DEL 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 AL 26 DE OCTUBRE DEL 2024**		
RBPP N°	2024 00415 0147		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **7480** AÑO: **2024**, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO Interventor / Supervisor y el señor CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° **80882253** del mes (es) SEPTIEMBRE de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$0,00
Sumatoria Amortizaciones	$0,00
Saldo por Amortizar	$0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 11.044.800,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.681.600,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 7.363.200,00
Sumas iguales	$ 11.044.800,00	$ 11.044.800,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 0550488438447747	BANCO: Banco Davivienda S.A.	AHORROS:X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ
CONTRATISTA

Radicado No. 7-2024-020721-SALDPP
* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE ANEXO:
LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE) ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor