Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
		12	2024		5	7	2024		15	2	2025

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	Secretaria de Salud	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-685-2024	X		EDGAR JHOANY GARZON DIAZ	80.357.515 [illegible]

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	321 2974859	CL 2 #10-37 BRR CONSOLATA	edgarchato0714@hotmail.com

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	"PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD EN REFERENCIA A LAS ETV Y ZOONOSIS EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato es la suma de DOCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($12.783.853), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100052493 del 13 de Junio de 2024 por valor de $13.535.844 y Concepto Precontractual N° 0000003277 de fecha 11 de Junio de 2024 por valor de $13.535.844. La Secretaria de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • Un primer pago proporcional a los dias trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales por el valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974), correspondiente a los honorarios mensuales. • Un último pago, proporcional al valor de los días trabajados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	,3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP SALUD PÚBLICA COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 1.804.780
PAGO N°	6	DE	9	BANCO	DAVIVIENDA
CUENTA N°	055045500009761 4				AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 12.783.853	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ 3.835.156	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 1.804.780
	TOTAL	$ 16.619.009	V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 12.783.853
			SALDO POR EJECUTAR	$ 3.835.156

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
5	07	2024	4600023451

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
29	11	2024	94776309 [illegible]

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	SI	X		26	12	2024	6			12	2024		12	2024
	NO													

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
		12	2024		5	7	2024		15	2	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	Secretaria de Salud	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-685-2024		X	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ	80.357.515

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	321 2974859	CL 2 #10-37 BRR CONSOLATA	edgarchato0714@hotmail.com

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	"PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD EN REFERENCIA A LAS ETV Y ZOONOSIS EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA."
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	FORMA DE PAGO. El valor del presente contrato es la suma de DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE ($16.619.009). La Secretaria de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato por lo cual se estima en la suma de TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 3.835.156 M/CTE) de la siguiente manera: Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio de la adición hasta el último día del mes en curso. Un pago mensual por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974). El último pago proporcional a los días trabajados hasta la fecha de terminación del contrato Cada pago se realizará previa certificación de cumplimiento a satisfacción, expedida por el supervisor del contrato dando viabilidad al pago, presentación del informe completo de actividades con entrega de productos por mes vencido al supervisor, la acreditación de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud – Pensión – Riesgos Laborales. Todos los pagos se realizarán una vez se cuente con el respectivo PAC y el último pago estará sujeto al recibo a satisfacción por parte del supervisor. El Contratista pagará todos los impuestos, tasas y/o contribuciones que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-2600	NOMBRE DEL FONDO	RECURSO NACION SALUD	VALOR DEL PAGO	$ 451.194

PAGO N°	7	DE	9	BANCO	DAVIVIENDA

CUENTA N°	055045500097614	AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 12.783.853	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	0%
			VALOR ANTICIPADO	$
			VALOR DEL ANTICIPO	$
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ 3.835.156	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$
			SALDO AMORTIZACIÓN	$
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 451.194
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 13.235.047
	TOTAL	$ 16.619.009	SALDO POR EJECUTAR	$ 3.383.962

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
23	12	2024	4700009724

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
29	11	2024	9477530962

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA				# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
				Día	Mes	Año			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	SI	X		26	12	2024	6			12	2024		12	2024
	NO													

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACÁ RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CPS-685-2024

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 6	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 01.12.2024 hasta el 30.12.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	26.12.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	EDGAR JHOANY GARZON DIAZ
NIT / C.C.:	80357515
Supervisor:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
Cargo:	SUBDIRECTOR TÉCNICO
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR APOYO A LA GESTIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL PARA LA REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD EN REFERENCIA A LAS ETV Y ZOONOSIS EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	03.07.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	05.07.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100052493, 7100058798
Registro Presupuestal	4600023451, 4700009724
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$12,783,853
Adición	$3,835,156
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$16,619,009
Plazo de Ejecución Inicial	5 MESES Y 20 DIAS
Prorroga No.	1
Plazo de Ejecución Final	7 MESES Y 11 DIAS
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	15.02.2025
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

26 12 24

Porcentaje de avance: 80%

1.Apoyar la articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado mensualmente y el líder ETV de la provincial.
Se articuló con la jefe PIC del municipio de Tocaima en DICIEMBRE del 2024 para hablar acerca de los casos que se han venido presentado.

2.Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con ETV y zoonosis en el municipio asignado mensualmente, mediante la ejecución de 2 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123.
Para este periodo se realizaron 2 talleres de entornos saludables, para el mes de DICIEMBRE del 2024 con los estudiantes del Colegio Rural de Pubenza del municipio de Tocaima Cundinamarca.

3.Apoyar articuladamente con las profesionales del componente de participación social de la secretaria de salud departamental o según las directrices de los entes inter o intra sectoriales del municipio asignado, mínimo una (1) movilización social mensual en su área de influencia, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123.
Para este periodo se realizó una movilización social en el mes de DICIEMBRE del 2024 en el Hospital Marco Felipe Afanador del municipio de Tocaima Cundinamarca.

4.Concertar mínimo una (1) jornada lúdico pedagógica mensual, para la prevención y control de las ETVZoonosis en el municipio o área de influencia, las cuales pueden comprender: a) lavado de tanques, b) recolección de inservibles, c) entrega de entrega de peces, d) elaboración de murales, u otras pertinentes, las cuales deberán ser enviadas de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123."
Para este periodo se realizó una jornada ludicopedagogica de siembra de peces en el mes de DICIEMBRE del 2024 en el municipio de Tocaima Cundinamarca.

5.Apoyar a los profesionales del área de entomología del Laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción y prevención casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGis Survey123."
No se requiere en este periodo.

6.Apoyar el conteo de formas larvarias como insumo para establecer índices de infestación larvaria con la recolección del material entomológico de todas las viviendas reportadas positivas, los cuales debe ser remitidos al laboratorio de salud pública departamental.
Para este periodo del mes de DICIEMBRE se realizó levantamiento de índices larvarios en el municipio de Tocaima las cuales serán llevadas al laboratorio de la gobernación.

7.Realizar mínimo 50 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de Triatominos, promoción de la salud y prevención de la Enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.
Para este mes de DICIEMBRE se realizaron 50 encuestas larvarias de chagas en el municipio de Tocaima las cuales fueron consignadas en el aplicativo ArcGis Survey 123.

8.Realizar 400 encuestas larvarias domiciliares mensuales para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis, así como educación en el cuidado de la salud, prevención y control de ETV y Zoonosis. Estas encuestas deberán ser registrada a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123, sin sobrepasar un máximo de 55 encuestas diarias.
Para este mes de DICIEMBRE se realizaron 400 encuestas larvarias en el municipio de Tocaima las cuales fueron consignadas en el aplicativo ArcGis Survey 123.

9.Realizar dos (02) encuestas larvarias mensuales a espacios públicos o establecimientos especiales para la prevención y control de las ETV-Zoonosis en el municipio o área de influencia, las cuales pueden comprender: a) Instituciones Educativas, b) Parque o zona verde, c) Alcaldía, d) Lugar privado, e) Hospital/Centro de Salud, f) Cementerio u otras pertinentes, las cuales deberán ser reportadas a través del ArcGis Survey123."
No se requiere en este periodo.

10.Realizar acciones de control de focos de Arbovirosis y/o encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) ante la notificación de casos de leishmaniasis según su municipio asignado, con el respectivo registro a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123."
No se requiere en este periodo.

11.Apoyar la entrega, instalación y/o seguimiento a toldillos impregnados con insecticida, en las viviendas de los pacientes o circunvecinos en municipios con presencia de Leishmaniasis, y reportado a través del formulario diseñado para ArcGis Survey123.
No se requiere en este periodo.

12.Acompañar las actividades de vigilancia de vectores (entomología) de importancia en salud pública, realizadas por personal de la secretaría de salud departamental según protocolos vigentes en el área asignada.
No se requiere en este periodo.

13.Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado.
Para este mes se realizó búsquedas activas con DIGITADORA PIC para hacer consolidados de posibles casos del mes de DICIEMBRE en el municipio de Tocaima.

14.Apoyar al programa de ETV y Zoonosis en el marco de las contingencias definidas por el grupo funcional.
No se requiere en este periodo.

15.Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliar de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios priorizados, tales como establecimiento, actualización y/o seguimiento a los Puestos de

Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, u otras según directrices del supervisor del contrato."
No se requiere en este periodo.

16.Realizar la fumigación para el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliares para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia.
No se requiere en este periodo.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300143526	29.08.2024	$1,955,177
3300146223	25.09.2024	$2,255,974
3300148790	22.10.2024	$2,255,974
3300153256	25.11.2024	$2,255,974
3300158054	12.12.2024	$2,255,974

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EL CONTRATO SE EJECUTA CON NORMALIDAD

FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR TÉCNICO

261224

INFORME DE GESTIÓN No. 06 DE 2024

EDGAR JHOANY GARZON DIAZ
CC 80.357.515 DE TOCAIMA
Periodo a certificar de DICIEMBRE del 2024
SS-CPS-685-2024

1. Apoyar la articulación de los planes de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales, junto al representante o coordinador PIC de cada municipio asignado mensualmente y el líder ETV de la provincial.

Se articuló con la jefe PIC del municipio de Tocaima en DICIEMBRE del 2024 para hablar acerca de los casos que se han venido presentado.

2. Apoyar el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con ETV y zoonosis en el municipio asignado mensualmente, mediante la ejecución de 2 talleres educativos aplicados en los diferentes entornos definidos por el lineamiento MSPS, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123.

Para este periodo se realizaron 2 talleres de entornos saludables, para el mes de DICIEMBRE del 2024 con los estudiantes del Colegio Rural de Pubenza del municipio de Tocaima Cundinamarca.

3. Apoyar articuladamente con las profesionales del componente de participación social de la secretaria de salud departamental o según las directrices de los entes inter o intra sectoriales del municipio asignado, mínimo una (1) movilización social mensual en su área de influencia, enviando de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123.

Para este periodo se realizó una movilización social en el mes de DICIEMBRE del 2024 en el Hospital Marco Felipe Afanador del municipio de Tocaima Cundinamarca.

4. Concertar mínimo una (1) jornada lúdico pedagógica mensual, para la prevención y control de las ETVZoonosis en el municipio o área de influencia, las cuales pueden comprender: a) lavado de tanques, b) recolección de inservibles, c) entrega de entrega de peces, d) elaboración de murales, u otras pertinentes, las cuales deberán ser enviadas de forma magnética las evidencias correspondientes al Drive asignado y reportados a través del ArcGis Survey123."

Para este periodo se realizó una jornada ludicopedagogica de siembra de peces en el mes de DICIEMBRE del 2024 en el municipio de Tocaima Cundinamarca.

5. Apoyar a los profesionales del área de entomología del Laboratorio de Salud Pública Departamental, en la remisión del material entomológico obtenido en los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios o el capturado mensualmente en los depósitos de agua durante las actividades de promoción y prevención casa a casa rutinarias, la cual debe coincidir con la información registrada en el formulario diseñado para la actividad en ArcGis Survey123."

No se requiere en este periodo.

6. Apoyar el conteo de formas larvarias como insumo para establecer índices de infestación larvaria con la recolección del material entomológico de todas las viviendas reportadas positivas, los cuales debe ser remitidos al laboratorio de salud pública departamental.

Para este periodo del mes de DICIEMBRE se realizó levantamiento de índices larvarios en el municipio de Tocaima las cuales serán llevadas al laboratorio de la gobernación.

7. Realizar mínimo 50 encuestas domiciliarias para el registro de factores de riesgo y búsqueda activa de Triatominos, promoción de la salud y prevención de la Enfermedad de Chagas, en los municipios indicados mensualmente por el supervisor del contrato. Cada encuesta deberá ser registrada en la vivienda correspondiente a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123.

Para este mes de DICIEMBRE se realizaron 50 encuestas larvarias de chagas en el municipio de Tocaima las cuales fueron consignadas en el aplicativo ArcGis Survey 123.

8. Realizar 400 encuestas larvarias domiciliares mensuales para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis, así como educación en el cuidado de la salud, prevención y control de ETV y Zoonosis. Estas encuestas deberán ser registrada a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123, sin sobrepasar un máximo de 55 encuestas diarias.

Para este mes de DICIEMBRE se realizaron 400 encuestas larvarias en el municipio de Tocaima las cuales fueron consignadas en el aplicativo ArcGis Survey 123.

9. Realizar dos (02) encuestas larvarias mensuales a espacios públicos o establecimientos especiales para la prevención y control de las ETV-Zoonosis en el municipio o área de influencia, las cuales pueden comprender: a) Instituciones Educativas, b) Parque o zona verde, c) Alcaldía, d) Lugar privado, e) Hospital/Centro de Salud, f) Cementerio u otras pertinentes, las cuales deberán ser reportadas a través del ArcGis Survey123."

No se requiere en este periodo.

10. Realizar acciones de control de focos de Arbovirosis y/o encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) ante la notificación de casos de leishmaniasis según su municipio asignado, con el respectivo registro a través del formulario diseñado para ArcGis Survey 123."

No se requiere en este periodo.

11. Apoyar la entrega, instalación y/o seguimiento a toldillos impregnados con insecticida, en las viviendas de los pacientes o circunvecinos en municipios con presencia de Leishmaniasis, y reportado a través del formulario diseñado para ArcGis Survey123.

No se requiere en este periodo.

12. Acompañar las actividades de vigilancia de vectores (entomología) de importancia en salud pública, realizadas por personal de la secretaría de salud departamental según protocolos vigentes en el área asignada.

No se requiere en este periodo.

13. Apoyar semanalmente la búsqueda de casos de ETV y zoonosis, reportados en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o IPS del municipio asignado.

Para este mes se realizó búsquedas activas con DIGITADORA PIC para hacer consolidados de posibles casos del mes de DICIEMBRE en el municipio de Tocaima.

14. Apoyar al programa de ETV y Zoonosis en el marco de las contingencias definidas por el grupo funcional.

No se requiere en este periodo.

15. Apoyar las acciones enmarcadas en el plan de interrupción de la transmisión intradomiciliar de Tripanosoma cruzi por Rhodnius prolixus en municipios priorizados, tales como establecimiento, actualización y/o seguimiento a los Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC) a través del formulario diseñado en ArcGis Survey123, u otras según directrices del supervisor del contrato."

No se requiere en este periodo.

16. Realizar la fumigación para el control de vectores de importancia en salud pública, en situación de brotes, epidemias, presencia de casos, o por solicitud del supervisor del contrato, cumpliendo los requisitos técnicos, sanitarios y realizando el registro en ArGis Survey123. Dicha actividad corresponderá a 23 encuestas larvarias domiciliares para registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis por cada día de trabajo y solo podrán apoyar dos (02) auxiliares exceptuando una contingencia.

No se requiere en este periodo.

EDGAR JHOANY GARZON DIAZ
C.C. No. 80.357.515 DE TOCAIMA
SS-CPS-685-2024

Bogotá, D. C., Diciembre de 2024

CUENTA DE COBRO No. 6

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

EDGAR JHOANY GARZON DIAZ
CC No. 80.357.515 de Tocaima

LA SUMA DE: **DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.255.974).**

POR CONCEPTO DE: La ejecución del contrato de prestación de Servicios No. 685 año 2024.

Del periodo correspondiente a: **Diciembre del 2024.**

Consignar el valor de la presente en: **BANCO DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS No. 055045500097614.**

Cordialmente,

(Firma en original) _____

EDGAR JHOANY GARZON DIAZ
C.C. No. 80.357.515 de Tocaima
Correo edgarchato0714@gmail.com
Celular: 3212974859

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

TOCAIMA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

30/11/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDGAR JHOANY GARZON DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **80357515**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550455000097614**
Saldo a la fecha	**0 Pesos**
Fecha de apertura	**11/04/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Gobernación de CUNDINAMARCA

GESTIÓN FINANCIERA

Creación o Actualización de Datos de Terceros

Código: A-GF-FR-023
Versión: 5
Fecha: Diciembre/2024

FECHA: DÍA 17 MES 06 AÑO 2024

Marcar solo una opción. 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

1. SECRETARÍA	Salud
2. DEPENDENCIA	AÑO 2024
3. CONTRATO	AÑO

DATOS PERSONALES

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	EDGAR JHOANY CATRIZON DIAZ
5. IDENTIFICACIÓN NIT	C.C. No. 80397515 D.V. [ ]
6. NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	EDGAR JHOANY CATRIZON DIAZ
7. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No. 80397515 D.V. [ ]
8. DIRECCIÓN PRINCIPAL	calle 2 # 10 37 barrio la cruzada
9. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Cundinamarca, Fusagasugá
10. TELÉFONO	Fijo: 17. CELULAR: 3219014859
11. CORREO ELECTRÓNICO	edgarcatrizon0714@hotmail.com

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

12. ENTIDAD FINANCIERA	Banco Davivienda S.A. Cod. 39
13. NÚMERO DE CUENTA	03 [illegible] 6 TIPO: Ahorros

Si cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual.
Autoriza al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

14. PERSONA	Natural
15. IDENTIFICACIÓN TRABAJADOR ACREEDOR	No.
16. CLASIFICACIÓN	Privada ¿CUÁL?
17. RÉGIMEN TRIBUTARIO	No Responsable de IVA
18. CALIDAD DE CONTRIBUYENTE	Gran Contribuyente No. RESOLUCIÓN: No. Autorretenedor No. RESOLUCIÓN: No. Autoretenedor ICA No. RESOLUCIÓN: Régimen Simple de Tributación ¿CUÁL?
19. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL: 8299 Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p. SECUNDARIA:
20. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL: (383 h/99 0.50 x 1000) SECUNDARIA:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo(amos) de manera libre, previa, expresa, informada, voluntaria e inequívoca al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento y/o actualización de mis datos personales con los siguientes fines: Adelantar todas las gestiones necesarias para el cumplimiento de la misión y funciones de la Entidad y realizar actividades tales como pagos a que haya lugar, estudios de conveniencia y oportunidad, estadísticos, de control y supervisión, de atención de requerimientos judiciales o administrativos, de auditoría interna o externa, de gestión contable, fiscal y, en general, para fines relacionados con el funcionamiento y operación de la entidad. Asimismo, autorizo(amos) a mis apoderados para que en mi nombre ejerzan los derechos que me asisten como titular de la información. Declaro(amos) que he(hemos) sido informado(s) sobre los derechos que me asisten como titular de la información, entre los cuales se encuentran los previstos en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, en especial el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, así como a revocar la autorización otorgada para el tratamiento de los mismos, mediante los canales dispuestos por el Departamento de Cundinamarca para el efecto. Para el ejercicio de estos derechos puedo acudir a la Oficina de Atención al Ciudadano ubicada en la Calle 26 No. 51 - 53, Torre Administrativa, Piso 1, Bogotá D.C., o a través del correo electrónico habilitado para tal fin: [illegible]@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (cuando aplique)
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y autorretenedores vrgs. 5%, ICA (Cuando aplique)
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria donde conste que la cuenta es exclusiva para los terceros (Non una balchera legítima)

SI [ ] No [ ] N/A [ ]

FIRMA

EDGAR JHOANY CATRIZON DIAZ
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

80397515
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

21. RUBRO	Alfa A - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
22. CUENTA PRESUPUESTAL	Otros Gastos ¿CUÁL? 24899010000
23. GRUPO DE PRESUPUESTO	A207 - No Nacional - No Agregadores (no nacionales)
24. FUENTE FINANCIACIÓN	01 - Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

25. RETENCIONES	TarifaFte1: A207 - Servicios en General (No contribuyentes de renta) 6% TarifaFte2: TarifaFte3: TarifaFte4:
26. ICA	TarifaIca1: 0500 - Mat. ICA Sin Cuenta Actividad 0.50 x 1000 TarifaIca2: TarifaIca3:
27. RETENCIONES CREE	Tarifa Retención Renta Ordinaria o Ocasional 10% Tarifa Retención Renta Ordinaria o Ocasional 15%
28. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TarifaIva1:
29. OBSERVACIONES	
30. TOPES	Tope Pto Bienes y Honorarios 2.3%

FECHA: DÍA 20 MES 06 AÑO 2024

PROYECTADO POR: EDGAR A. [illegible]

REVISADO POR:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141110877090

(415)7707212489984(8020) 000014111087709 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 3 5 7 5 1 5	5	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	80357515	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tocaima 8 1 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARZON	DIAZ	EDGAR	JHOANY

35. Razón social

36. Nombre comercial: EL CHATO DE TOCAIMA.

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tocaima 8 1 5

41. Dirección principal: CL 2 10 37 BRR CONSOLATA

42. Correo electrónico: edgarchato0714@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 9 7 4 8 5 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
2 3 9 2	2 0 1 7 0 3 0 1	8 1 2 9	2 0 1 9 0 3 0 1	8 2 9 9	4 3 2 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 61. Fecha 2024 - 08 - 11 / 10 : 10: 18

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

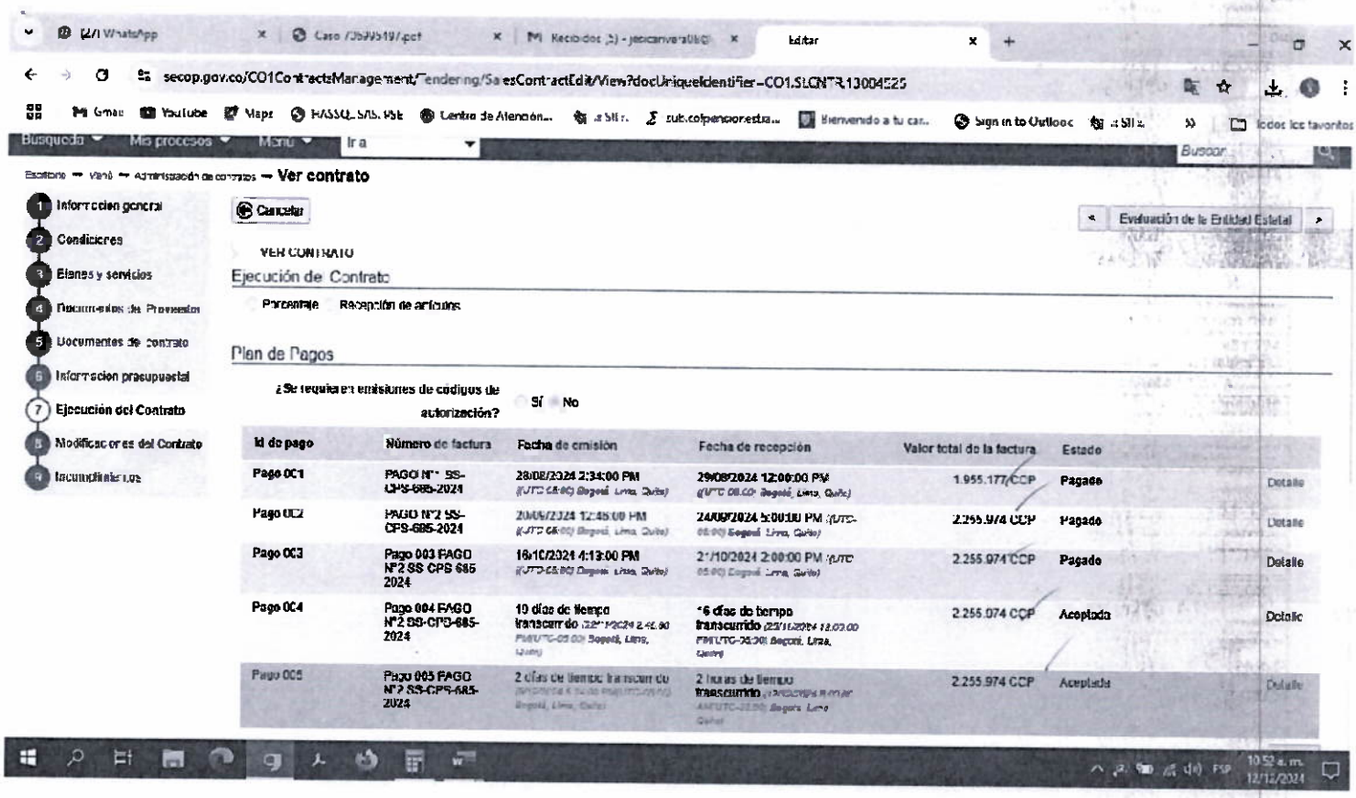
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 27-11-2024 02:20:59PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.13004525
Editar
Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución de Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requiere emisiones de codigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Pago 0C1
PAGO N° 5S-CPS-685-2024
28/08/2024 2:34:00 PM
29/08/2024 12:00:00 PM
1.955.177 COP
Pagado
Detalle
Pago 0C2
PAGO N°2 5S-CPS-685-2024
2/09/2024 12:45:00 PM
24/09/2024 5:00:00 PM
2.255.974 COP
Pagado
Detalle
Pago 0C3
Pago 003 PAGO N°2 SS CPS 685 2024
16/10/2024 4:13:00 PM
21/10/2024 2:00:00 PM
2.255.974 COP
Pagado
Detalle
Pago 0C4
Pago 004 PAGO N°2 SS-CPS-685-2024
19 días de tiempo transcurrido
16 días de tiempo transcurrido
2.255.074 COP
Aceptada
Detalle
Pago 005
Pago 005 PAGO N°2 SS-CPS-685-2024
2 días de tiempo transcurrido
2 horas de tiempo transcurrido
2.255.974 COP
Aceptada
Detalle

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80357515		GARZON DIAZ EDGAR JHOVANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 10-37	TOCAIMA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1085769540	9477530962	I	2024/12/05	2024/11/29	AIEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000				$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000				$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: TOCAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000				$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	80357515	GARZON EDGAR	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/11/29 04:00 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80357515		GARZON DIAZ EDGAR JHOVANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 10-37	TOCAIMA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1085769540	9477530962	1	2024/12/05	2024/11/29	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/11/29 04:00 PM

Bogotá, D.C., Diciembre de 2024

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, EDGAR JHOANY GARZON DIAZ con cédula de ciudadanía No. 80.357.515 de Tocaima, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** ____ **NO** _X___ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

EDGAR JHOANY GARZON DIAZ
C.C. No. 80.357.515 de Tocaima
Correo edgarchato0714@gmail.com
Celular: 3212974859