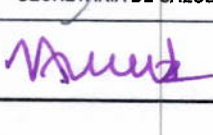


 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>		GESTIÓN CONTRACTUAL										CÓDIGO: A-GC-FR-033																							
		RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS										VERSIÓN: 04																							
												FECHA: 18/10/2024																							
<p>El suscrito secretario(a) 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.</p>																																			
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				2		8		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-934/2024		X								BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ						20767812																			
TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR										DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA						CORREO ELECTRÓNICO																	
NO		3212017999										calle 3#5-39 barrio las palmas nimaima						bibianar2023@gmail.com																	
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASTILLAS*										*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO						*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO																			
OBJETO		PRESTAR APOYO A LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN LAS ACCIONES QUE INCIDAN EN LOS DIFERENTES ENTORNOS EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES																																	
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		- VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO El valor del presente contrato es la suma de DIECISEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS (\$16.349.383) MCTE 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° 7100053780 del 10 de Julio de 2024 por valor de \$18.040.699 y Concepto Precontractual N° 0000004131 de fecha 08 de Julio de 2024 por valor de \$18.040.699. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en CINCO (5) pagos así: • Un primer pago proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • TRES (3) pagos sucesivos mensuales por el valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$3.382.631), 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		3-2600		NOMBRE DEL FONDO				RECURSOS NACION SALUD				VALOR DEL PAGO		\$		2.931.613																			
PAGO N°		5		DE		8		BANCO				BANCOLOMBIA																							
CUENTA N°		89229992407													AHORROS																				
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR													ANTICIPO		VALOR																		
DEPARTAMENTO		\$		16.349.383,00										PORCENTAJE DEL ANTICIPO																					
														VALOR ANTICIPADO		\$																			
														VALOR DEL ANTICIPO		\$																			
														AMORTIZACIÓN ANTICIPO		\$																			
D I C I Ó N														AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO		\$																			
DEPARTAMENTO		\$		5.524.964										SALDO AMORTIZACIÓN		\$																			
														VALOR BRUTO A PAGAR		\$																			
														V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS		\$																			
TOTAL		\$		21.874.347										SALDO POR EJECUTAR		\$																			
																2.931.613																			
																16.349.383																			
																5.524.964																			
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA															CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																				
DÍA MES AÑO NÚMERO DE RPC															DÍA MES AÑO NÚMERO DE PLANILLA																				
2 8 2024 4600024750															3 12 2024 9477496594																				
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI		X		FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA				Día		Mes		Año		# INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		del		Al													
		NO								23		12		2024		5				Día		Mes		Año											
																				Día		Mes		Año											
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 TINJACA 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:											

				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				2		8		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-934/2024								X				BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ								20767812															
TELÉFONO FIJO				NÚMERO CELULAR								DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA								CORREO ELECTRÓNICO															
NO				3212017999								calle 3#5-39 barrio las palmas nimaima								bibianar2023@gmail.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 SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN LAS ACCIONES QUE INCIDAN EN LOS DIFERENTES ENTORNOS EN LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZONOSIS DE ACUERDO A LAS NORMAS VIGENTES																																	
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO		El valor del presente contrato es la suma de VEINTIUN MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE (\$21.874.347). La Secretaría de Salud de Cundinamarca, pagara al contratista el valor de la adición del contrato por lo cual se estima en la suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (\$5.524.964) de la siguiente manera: 1. Un primer pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados por valor de QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCTE (\$563.772) desde el inicio de la adición hasta el último día del mes de diciembre. 2. Un segundo pago por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE (\$3.382.631) correspondiente al mes de enero de 2025. 3. Un último pago proporcional a los días de servicio efectivamente prestados por un valor de UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECISEIS PESOS MCTE (\$1.691.316) 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				RECURSOS NACIÓN SALUD				VALOR DEL PAGO		\$ 451.017																					
PAGO N°		6 DE 8		BANCO				BANCOLOMBIA																											
CUENTA N°		89229992407													AHORROS																				
NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR				ANTICIPO				VALOR																									
DEPARTAMENTO		\$ 16.349.383,00				PORCENTAJE DEL ANTICIPO																													
						VALOR ANTICIPADO				\$																									
						VALOR DEL ANTICIPO				\$																									
						AMORTIZACIÓN ANTICIPO				\$																									
D I C I Ó N						AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO				\$																									
DEPARTAMENTO		\$ 5.524.964				SALDO AMORTIZACIÓN				\$																									
						VALOR BRUTO A PAGAR				\$ 451.017																									
						V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS				\$ 16.800.400																									
TOTAL		\$ 21.874.347				SALDO POR EJECUTAR				\$ 5.073.947																									
REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA										CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL																									
DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE RPC				DÍA		MES		AÑO		NÚMERO DE PLANILLA																			
18		12		2024		4700009660				3		12		2024		9477496594																			
EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO		SI		X		FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA				Día		Mes		Año		# INFORME SUPERVISA		PERIODO A CERTIFICAR		del		Día		Mes		Año		Al		Día		Mes		Año	
		NO								23		12		2024		5						12		2024				12		2024					
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 TINJACA 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:																							

Bogotá, D. C., Diciembre 2024

CUENTA DE COBRO No. 005

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ
C. C. No. 20.767.812

LA SUMA DE: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA
PESOS (\$ 3.382.630) M/CTE

POR CONCEPTO DE: Ejecución De Contrato No. SS-CPS - 934-2024

Del periodo correspondiente a: diciembre 2024

Consignar el valor de la presente en: BANCO BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORRO
N°89229992407

Cordialmente,



C. C. No.20.767.812

Celular No: 3212017999

Correo electrónico: bibianar2023@gmail.com

Certificación Bancaria

Martes, 03 de diciembre de 2024

A quien pueda interesar.

Bancolombia S.A. se permite informar que BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ identificado(a) con CC 20767812, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	89229992407	2006-12-14	ACTIVO	

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01 800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.



Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

[illegible]

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141048539108	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 207678129		8. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos de Regístr 32	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión líquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de identificación 20767812	
27. Fecha expedición		28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Cundinamarca 25	
30. Ciudad/Municipio Nimeña 489		31. Primer apellido RODRIGUEZ		32. Segundo apellido GONZALEZ	
33. Primer nombre BIBIANA		34. Otro nombre LEONOR		37. Sexo	
36. Nombre comercial					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Cundinamarca 25		40. Ciudad/Municipio Nimeña 489	
41. Dirección principal CL 3 5 39 BRR LAS PALMAS					
42. Correo electrónico bibianar2023@gmail.com					
43. Código postal 44. Teléfono 1 3212017999 45. Teléfono 2					
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal 46. Código 8299 47. Fecha inicio actividad 20060606		Actividad secundaria 48. Código 4711 49. Fecha inicio actividad 20231213		Otras actividades 50. Código 1 2	
Ocupación 51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 49 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26					
59 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
Exportadores					
56. Forma 58. 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. Anexas SI NO		60. No. de Folios		61. Fecha	
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. Párrafo del artículo 1.6.12.6 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					
985. Cargo					

 <div>Gobernación de Cundinamarca</div>	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-034-2024	
Informe Parcial ☒ / No. Del Informe 5	Informe Final ☐
Periodo del Informe: Del 01.12.2024 hasta el 30.12.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	23.12.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ
NIT / C.C.:	20767812
Supervisor:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
Cargo:	SUBDIRECTOR TÉCNICO
Objeto del Contrato o Convenio:	APOYO A LA GESTIÓN EN LA SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA FRENTE A LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS ETV Y ZOONOSIS EN LOS DIFERENTES ENTORNOS, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	01.08.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	02.08.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100053780, 7100058808
Registro Presupuestal	4600024750, 4700009660
Valor Inicial del Contrato o Convenio	\$16,349,383
Adición	\$5,524,964
Vigencia Futura	\$0
Valor Total del Contrato	\$21,874,347
Plazo de Ejecución Inicial	4 MESES Y 25 DIAS
Prorroga No.	1
Plazo de Ejecución Final	7 MESES 19 DÍAS
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:

Porcentaje de avance: 77%

1. Apoyar las acciones de promoción, prevención, control y eliminación de las ETV y Zoonosis que se realicen en cada uno de los entornos que planea el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), desarrollando talleres o acciones de capacitación.

R/ Taller de tenencia responsable de mascotas DICIEMBRE 2024

2. concertar con las autoridades municipales y con la comunidad planes acción mensual, involucrado a los distintos

26 DIC 2024

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

actores intra e intersectoriales en los temas de salud pública para las ETV y zoonosis.

R/ Articulación con coordinador de vacunación 12/2024
Articulación con apoyo salud publica 12/2024
Articulación pic Nimaima 12/2024

3. Propender y desarrollar actividades articuladas de promoción de la salud en ETV y Zoonosis junto a los profesionales de los componentes de participación social, médicos veterinarios y/o auxiliares de ETV, en individuos y comunidades del área asignada según plan de trabajo y necesidad del municipio.

R/ actividad no requerida para este periodo

4. Integrar las actividades de seguimiento de animal agresor, según el protocolo de ruta integral de atención al paciente agredido por animal potencialmente trasmisor de rabia actualizando mes a mes la matriz digital establecida por el profesional.

R/ Se realizaron seguimientos de animal agresor 12/2024

5. Apoyar las investigaciones epidemiológicas de campo relacionadas con ETV y Zoonosis en el área asignada según la necesidad del territorio o por directriz del supervisor del contrato, con el fin de minimizar el riesgo de las enfermedades, a través de la digitación del aplicativo como búsqueda activa comunitaria (BAC)

R/ Actividad no programada para este periodo

6. Apoyar el proceso de inspección ocular y medidas de prevención a las condiciones sanitarias en las viviendas y espacios públicos, con referencia a las enfermedades de rabia, brucella y leptospira en animales de compañía.

R/ Actividad no programada para este periodo

7. Apoyo a la toma de muestra de vigilancia activa de las enfermedades de rabia y Leishmaniasis de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos para el procedimiento integral desde la identificación del animal, toma de muestras, embalaje, transporte y custodia de los mismos, de acuerdo a los factores de riesgo.

R/ actividad no requerida para este periodo

8. Atender oportunamente las solicitudes referenciadas a las condiciones ambientales que afecten la salud y el bienestar de la población generada por ruidos, tenencia de animales domésticos, basuras y olores.

R/ E Actividad no programada para este periodo

9. Realizar mínimo una (1) jornada lúdico pedagógica para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas mensualmente en el municipio o área de influencia.

R/ Actividad no programada para este periodo

10. Apoyar el proceso de socialización con la empresa de aseo municipal para la disposición final de residuos ordinarios y/o peligrosos, animales fallecidos en vía pública, disposición de residuos hospitalarios.

R/ actividad no requerida para este periodo

11. Apoyar el proceso de vacunación antirrábica de perros y gatos, con el fin de evitar casos de rabia humana en el departamento, de acuerdo a los censos de animales de compañía.

R/ VACUNACION BARRIO PORVENIR , VACUNACION NIMAIMA , NOCAIMA

12. Apoyar el programa de ETV y Zoonosis en el marco de las contingencias definidas por el grupo funcional que se presenten.

R/ actividad no requerida para este periodo

13. Participar en los comités técnicos y reuniones mensuales propuestas por la dirección de salud pública, COVE, comités de gestión del riesgo y mesas de trabajo sobre el plan estratégico de vigilancia y control ETV y Zoonosis.

R/ actividad no requerida para este periodo

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300146553	27.09.2024	\$3,269,877
3300149622	28.10.2024	\$3,382,631
3300152932	22.11.2024	\$3,382,631
3300159432	16.12.2024	\$3,382,631

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

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

26 DIC 2024


INFORME DE GESTIÓN No. 005-2024
BIBIANA RODRIGUEZ GONZALEZ.
CC 20767812
PERIODO A CERTIFICAR DEL DICIEMBRE 2024
SS-CPS-934-2024

1. Apoyar las acciones de promoción, prevención, control y eliminación de las ETV y Zoonosis que se realicen en cada uno de los entornos que planea el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), desarrollando talleres o acciones de capacitación.

R/ Taller de tenencia responsable de mascotas DICIEMBRE 2024

2. concertar con las autoridades municipales y con la comunidad planes acción mensual, involucrado a los distintos actores intra e intersectoriales en los temas de salud pública para las ETV y zoonosis.

R/ Articulación con coordinador de vacunación 12/2024

Articulación con apoyo salud publica 12/2024

Articulación pic Nimaima 12/2024

3. Propender y desarrollar actividades articuladas de promoción de la salud en ETV y Zoonosis junto a los profesionales de los componentes de participación social, médicos veterinarios y/o auxiliares de ETV, en individuos y comunidades del área asignada según plan de trabajo y necesidad del municipio.

R/ actividad no requerida para este periodo

4. Integrar las actividades de seguimiento de animal agresor, según el protocolo de ruta integral de atención al paciente agredido por animal potencialmente trasmisor de rabia actualizando mes a mes la matriz digital establecida por el profesional.

R/ Se realizaron seguimientos de animal agresor 12/2024

5. Apoyar las investigaciones epidemiológicas de campo relacionadas con ETV y Zoonosis en el área asignada según la necesidad del territorio o por directriz del supervisor del contrato, con el fin de minimizar el riesgo de las enfermedades, a través de la digitación del aplicativo como búsqueda activa comunitaria (BAC)

R/ Actividad no programada para este periodo

6. Apoyar el proceso de inspección ocular y medidas de prevención a las condiciones sanitarias en las viviendas y espacios públicos, con referencia a las enfermedades de rabia, brucella y leptospira en animales de compañía.

R/ Actividad no programada para este periodo

7. Apoyo a la toma de muestra de vigilancia activa de las enfermedades de rabia y Leishmaniasis de acuerdo con las normas técnicas y procedimientos establecidos para el procedimiento integral desde la identificación del animal, toma de muestras, embalaje, transporte y custodia de los mismos, de acuerdo a los factores de riesgo.

R/ actividad no requerida para este periodo

8. Atender oportunamente las solicitudes referenciadas a las condiciones ambientales que afecten la salud y el bienestar de la población generada por ruidos, tenencia de animales domésticos, basuras y olores.

R/ E Actividad no programada para este periodo

9. Realizar mínimo una (1) jornada lúdico pedagógica para la prevención y control de las enfermedades zoonóticas mensualmente en el municipio o área de influencia.

R/ Actividad no programada para este periodo

10. Apoyar el proceso de socialización con la empresa de aseo municipal para la disposición final de residuos ordinarios y/o peligrosos, animales fallecidos en vía pública, disposición de residuos hospitalarios.

R/ actividad no requerida para este periodo

11. Apoyar el proceso de vacunación antirrábica de perros y gatos, con el fin de evitar casos de rabia humana en el departamento, de acuerdo a los censos de animales de compañía.

R/ VACUNACION BARRIO PORVENIR , VACUNACION NIMAIMA , NOCAIMA

12. Apoyar el programa de ETV y Zoonosis en el marco de las contingencias definidas por el grupo funcional que se presenten.

R/ actividad no requerida para este periodo

13. Participar en los comités técnicos y reuniones mensuales propuestas por la dirección de salud pública, COVE, comités de gestión del riesgo y mesas de trabajo sobre el plan estratégico de vigilancia y control ETV y Zoonosis.

R/ actividad no requerida para este periodo

Bibiana Leonor Rodriguez

BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ GONZALEZ

C.C. No. 20767812

SS-CPS-934-2024



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICBF																
CC 20767812		RODRIGUEZ GONZALEZ BIBIANA LEONOR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL13 S 39	NIMAIMA-CUNDINAMARCA	2000000	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	00518785	9477496594	1	2024/12/04	2024/12/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$418,700															
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS				
No.	Identificación	Nombres			Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte				
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,353,053	\$216,500			\$1,353,053	\$169,200			\$0	\$0			\$0	\$1,353,053				
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,353,053	\$216,500			\$1,353,053	\$169,200			\$0	\$0			\$0	\$1,353,053				
Ciudad: NIMAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)							\$1,353,053	\$216,500			\$1,353,053	\$169,200			\$0	\$0			\$0	\$1,353,053				
1	CC 20767812	RODRIGUEZ BIBIANA			203001	30	\$1,353,053	\$216,500	EP5017	30	\$1,353,053	\$169,200		0	\$0	\$0		14-23	30	\$1,353,053				
Total Afiliados(1)							\$1,353,053	\$216,500			\$1,353,053	\$169,200			\$0	\$0			\$0	\$1,353,053				

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 20767812		RODRIGUEZ GONZALEZ BIRIANA LEONOR	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CLL3 5 39	NIMAIMA-CLINDINAMARICA	2000000	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	00518785	9477496594	I	2024/12/04	2024/12/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$418,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$216,500	\$0	\$0	\$216,500
PORVENIR		230301	800,224,803	8	1	\$216,500	\$0	\$0	\$216,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$33,000	\$0	\$0	\$33,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$33,000	\$0	\$0	\$33,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$169,200	\$0	\$0	\$169,200
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	1	\$169,200	\$0	\$0	\$169,200
TOTAL				1	1	\$418,700	\$0	\$0	\$418,700

Bogotá, D.C., diciembre de 2024

Señores:

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

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, BIBIANA LEONOR RODRIGUEZ con cédula de ciudadanía No. 20.767.812 de NIMAIMA , 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,



C. C. No.20.767.812 expedida en NIMAIMA

