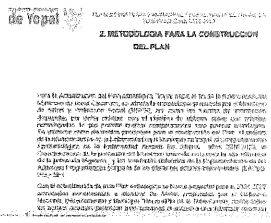


<b>INFORME DE ACTIVIDADES No.</b>	<b>1</b>	<b>FECHA INFORME</b>	<b>18/12/2024</b>
<b>DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO</b>			
<b>No DEL CONTRATO Y FECHA</b>	<b>3844.2024 DEL 08 DE NOVIEMBRE DEL 2024</b>		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	<b>5.333.333 (CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE</b>		
<b>CONTRATANTE</b>	<b>MUNICIPIO DE YOPAL</b>		
<b>CONTRATISTA</b>	<b>SANDRA IOVANA CELIS GONZALEZ</b>		
<b>No. DE IDENTIFICACION</b>	<b>40.438.658</b>		
<b>PLAZO DE EJECUCION</b>	<b>UN (1) MES DIEZ (10) DIAS</b>		
<b>SUPERVISOR</b>	<b>JOHN JAIRO DIAZ AMADO</b>		
<b>FECHA DE INICIO</b>	<b>12/11/2024</b>		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b>	<b>21/12/2024</b>		
<b>PERIODO DEL INFORME</b>	<b>DESDE EL 12 DE NOVIEMBRE HASTA EL 11 DE DICIEMBRE DEL 2024</b>		
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	<b>REALIZAR ACTUALIZACION DEL PLAN ESTRATEGICO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN EL INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL PROGRAMA EN EL MUNICIPIO DE YOPAL</b>		
<b>ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO</b>			

<b>ACTIVIDAD No</b>	<b>EJECUCION</b>	<b>EVIDENCIAS</b>
1. Actualizar documento Plan estratégico "Yopal hacia el fin de la Tuberculosis" según lineamientos del Programa Nacional de prevención y control de la Tuberculosis Evidencia Un (1) Documento en Word Actualizado.	Se Elaboro un Documento Word con el Plan estratégico Yopal hacia el fin de la Tuberculosis, utilizando Los informes ASIS 2023 EISP 2023, y se actualizo con las metas programadas parta la vigencia.  	<b>MEDIO MAGNETICO INFORME 1 ACTIVIDAD N 1</b>  Documento en Word PLAN ESTRARTEGICO YOPAL HACIA EL FIN DE LA TUBERCULOSIS.







## INFORME DE ACTIVIDADES

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
SALUD	4583489758	NOVIEMBRE 2024	\$ 200.000
PENSION	4583489758	NOVIEMBRE 2024	\$ 256.000
ARL	4583489758	NOVIEMBRE 2024	\$ 16.800

**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

Nombre Contratista: SANDRA IOVANA CELIS GONZALEZ  
Identificación: 40.438.658

Firma:

*Sandra Iovana Celis Gonzalez*

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

JOHN JAIRO DIAZ AMADO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91518259 actuando en mi calidad de supervisor del Contrato descrito al inicio del presente documento, certifico que de acuerdo con las obligaciones pactadas en el contrato, el contratista ha cumplido con la ejecución de cada una de las actividades del contrato, tal y como se describe en el presente informe.

Así mismo certifico que el (la) contratista se encuentra al día con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con la normatividad que rige la materia, tal y como se acredita en los soportes de liquidación de planilla y pago que se anexan para realizar el pago del acta parcial, No. 1 del contrato, los cuales han sido verificados por el suscrito.

Por lo tanto, se solicita a la secretaria de Hacienda hacer el pago correspondiente al contratista.

Nota: Este campo aplica siempre y cuando exista un contrato de apoyo a la supervisión, de lo contrario no diligenciar

FIRMA

NOMBRE:

CARGO:

APOYO A LA SUPERVISIÓN

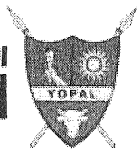
FIRMA

NOMBRE: JOHN JAIRO DIAZ AMADO

CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

SUPERVISOR DEL CONTRATO





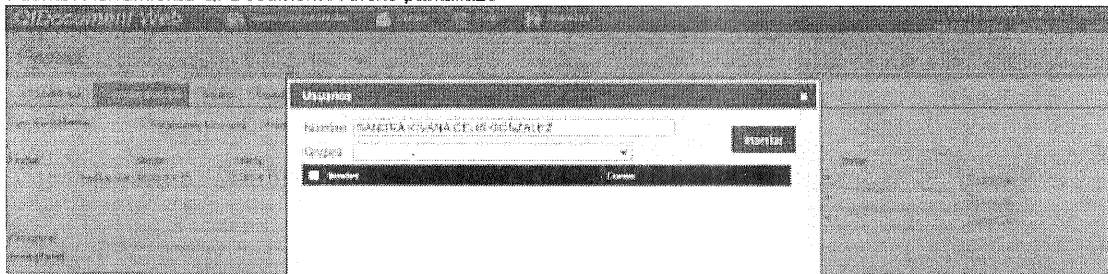
## CERTIFICACIÓN

1200.120.75

### LA SECRETARIA GENERAL A TRAVES DEL PROGRAMA DE ATENCION AL CIUDADANO

Que el señor (a) **SANDRA IOVANA CELIS GONZALEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **40438658** adscrito (a) a la **SECRETARIA DE SALUD** número de contrato **3844-2024** se encuentra a paz y salvo desde el 12 de noviembre del 2024 al 11 de diciembre del 2024, no cuenta con usuario de QFdocument.

Fuente: Herramienta QFDocument / Anexo pantallazo



Nota: Se aclara que a la fecha no se evidencian PQRSD para ese periodo, se informa que es responsabilidad del contratista o funcionario el manejo del usuario.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del 2024.

Leydi Dayan Sanchez  
Técnico Administrativo

  
DAHIANA MELIZA HERRERA QUIJANO  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO-04



CÓDIGO: AP4-F13

VERSIÓN: 11

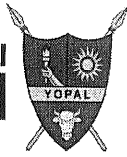
FECHA DE APROBACIÓN: 26/09/2024

TELÉFONO CONMUTADOR (60 + 8) 6345913

Marque según corresponda: Dependencias Palacio Municipal opción 1, Sedes Externas opción 2

DIAGONAL 15 N° 15-21 YOPAL – CASANARE Código Postal 850001

[www.yopal-casanare.gov.co](http://www.yopal-casanare.gov.co) Email: [contactenos@yopal-casanare.gov.co](mailto:contactenos@yopal-casanare.gov.co)



## ACTA PARCIAL

I. DATOS GENERALES				
ACTA PARCIAL No. 1 DE 2024-12-18		CONTRATO No. 3844 DE 2024-11-08		
II. GRADO DE RESPONSABILIDAD				
1. Mediante la 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		3844	PORCENTAJE AVANCE CONTRATO 75.00%	
OBJETO DEL CONTRATO		REALIZAR ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS, DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN EL INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL PROGRAMA, EN EL MUNICIPIO DE YOPAL		
VALOR DEL CONTRATO \$5.333.333,00		Cinco Millones Trescientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres 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 5.333.333,00		Cinco Millones Trescientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres Pesos		
PLAZO DEL CONTRATO:	Un (1) MES Y Diez (10) DIAS	FECHA DE LEGALIZACIÓN:	2024-11-12	
FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO:	2024-11-12	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-12-21	
PERIODO DE LA PRESENTE ACTA:	DESDE:	2024-11-12	HASTA:	2024-12-11
MODALIDAD DEL CONTRATO:	CONTRATACIÓN DIRECTA			
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				
Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	FECHA	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1400.40.5.2024 - 3405	2024-11-01	2.3.2.02.02.009.19.02.8 1	SGP Salud pública	\$6.000.000,00
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
1400.40.10.2024 - 5218	2024-11-08	2.3.2.02.02.009.19.02. 81	SGP Salud pública	\$5.333.333,00
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 Dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2024 se reunieron JOHN JAIRO DIAZ AMADO, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y SANDRA IOVANA CELIS				



**ACTA PARCIAL**

GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 40438658 de VILLAVICENCIO, como CONTRATISTA, 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: SANDRA IOVANA CELIS GONZALEZ, Identificado Con Nit No. 40438658-2 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 NOVIEMBRE, 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.	PORVENIR S.A.	POSITIVA
NÚMERO PLANILLA	4583489758	4583489758	4583489758
VALOR	\$200.000,00	\$256.000,00	\$16.800,00
VALOR INTERES	\$0,00	\$0,00	\$0,00
PERIODO INICIO	2024-11-01	PERIODO FIN	2024-11-30
VALOR TOTAL	\$472.800,00	Base Cotización o IBc	\$1.600.000,00
FECHA PAGO	2024-12-13		

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

**PRORROGAS**

Prórroga No.	Tiempo
-	-

**SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN**

Acta No.	Tiempo
-	-

**VALOR ADICIONES**

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

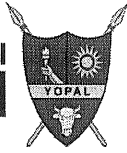
**VI. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	\$5.333.333,00	\$0,00	
ADICIONAL	\$0,00	\$0,00	
TOTAL CONTRATO	\$5.333.333,00	\$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
PRESENTE ACTA	\$4.000.000,00	\$0,00	\$4.000.000,00
TOTAL	\$4.000.000,00	\$0,00	\$4.000.000,00
SALDO POR EJECUTAR	\$1.333.333,00	\$0,00	

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA \$4.000.000,00	Cuatro Millones de Pesos
---	--------------------------

**OBSERVACIONES:** Al valor de la presente acta, el Municipio de Yopal descontará la suma de \$ 213.000 por concepto de estampillas de conformidad con el acuerdo N° 032 de 2020, discriminados





## ACTA PARCIAL

	de	la	siguiente	manera.
	Estampilla pro-cultura			\$ 160.000
	Estampilla Pro-Adulto Mayor			\$ 53.000
	Estampilla Pro-deporte			\$ 0
De conformidad con lo establecido en la ley 1955 de 2019, artículo 244, el pago de seguridad social para los contratista y trabajadores independientes se realizarán mes vencido, por lo anterior y teniendo en cuenta el calendario establecido para el pago de aportes a la seguridad social, no implica anexar para este periodo la seguridad del mes de DICIEMBRE de 2024.				

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los Dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2024.

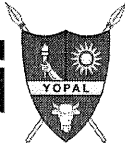
SANDRA IOVANA CÉLIS GONZALEZ  
**CONTRATISTA**

JOHN JAIRO DIAZ AMADO  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)  
**SUPERVISOR**



## ACTA PARCIAL

I. DATOS GENERALES				
ACTA PARCIAL No. 1 DE 2024-12-18			CONTRATO No. 3844 DE 2024-11-08	
II. GRADO DE RESPONSABILIDAD				
1. Mediante la 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		3844	PORCENTAJE AVANCE CONTRATO 75.00%	
OBJETO DEL CONTRATO		REALIZAR ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS TODAS LAS FORMAS, DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS EN EL INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL PROGRAMA, EN EL MUNICIPIO DE YOPAL		
VALOR DEL CONTRATO \$5.333.333,00		Cinco Millones Trescientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres 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 5.333.333,00		Cinco Millones Trescientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres Pesos		
PLAZO DEL CONTRATO:	Un (1) MES Y Diez (10) DIAS	FECHA DE LEGALIZACIÓN:	2024-11-12	
FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO:	2024-11-12	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-12-21	
PERIODO DE LA PRESENTE ACTA:	DESDE:	2024-11-12	HASTA:	2024-12-11
MODALIDAD DEL CONTRATO:	CONTRATACIÓN DIRECTA			
IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL				
Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	FECHA	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1400.40.5.2024 - 3405	2024-11-01	2.3.2.02.02.009.19.02.8 1	SGP Salud pública	\$6.000.000,00
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
1400.40.10.2024 - 5218	2024-11-08	2.3.2.02.02.009.19.02. 81	SGP Salud pública	\$5.333.333,00
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 Dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2024 se reunieron JOHN JAIRO DIAZ AMADO, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y SANDRA IOVANA CELIS				



## ACTA PARCIAL

GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 40438658 de VILLAVICENCIO, como CONTRATISTA, 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: SANDRA IOVANA CELIS GONZALEZ, Identificado Con Nit No. 40438658-2 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 NOVIEMBRE, 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.	PORVENIR S.A.	POSITIVA
NÚMERO PLANILLA	4583489758	4583489758	4583489758
VALOR	\$200.000,00	\$256.000,00	\$16.800,00
VALOR INTERES	\$0,00	\$0,00	\$0,00
PERIODO INICIO	2024-11-01	PERIODO FIN	2024-11-30
VALOR TOTAL	\$472.800,00	Base Cotización o IBc	\$1.600.000,00
FECHA PAGO	2024-12-13		

### 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.)
-	-

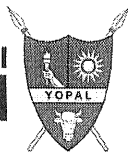
### VI. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	\$5.333.333,00	\$0,00	
ADICIONAL	\$0,00	\$0,00	
TOTAL CONTRATO	\$5.333.333,00	\$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
PRESENTE ACTA	\$4.000.000,00	\$0,00	\$4.000.000,00
TOTAL	\$4.000.000,00	\$0,00	\$4.000.000,00
SALDO POR EJECUTAR	\$1.333.333,00	\$0,00	

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA  
\$4.000.000,00

Cuatro Millones de Pesos

**OBSERVACIONES:** Al valor de la presente acta, el Municipio de Yopal descontará la suma de \$ 213.000 por concepto de estampillas de conformidad con el acuerdo N° 032 de 2020, discriminados



## ACTA PARCIAL

de	la	siguiente	manera.
Estampilla pro-cultura			\$ 53.000
Estampilla Pro-Adulto Mayor			\$ 160.000
Estampilla Pro-deporte			\$ 0
De conformidad con lo establecido en la ley 1955 de 2019, artículo 244, el pago de seguridad social para los contratista y trabajadores independientes se realizarán mes vencido, por lo anterior y teniendo en cuenta el calendario establecido para el pago de aportes a la seguridad social, no implica anexar para este periodo la seguridad del mes de DICIEMBRE de 2024.			

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los Dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2024.

*Sandra Iovana Celis G*

SANDRA IOVANA CÉLIS GONZALEZ  
**CONTRATISTA**

*John Jairo Díaz Amado*

JOHN JAIRO DÍAZ AMADO  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)  
**SUPERVISOR**