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

PERIODO REPORTE: DEL 1 DE MARZO DEL 2025 AL 28 DE MARZO DEL 2025

CONTRATO No. 303

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0343

FECHA INICIACIÓN:29/01/2025

FECHA TERMINACIÓN: 28/09/2025

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, QUE INCLUYE EL SEGUIMIENTO, EDICIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE FORMULARIOS EN EL APLICATIVO, ASÍ COMO EL SOPORTE TÉCNICO NECESARIO PARA ASEGURAR UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO EN LA RECOLECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ENTOMOLÓGICOS GENERADOS EN CAMPO NO. 9.

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	Realización de encuesta entomológica mediante la inspección de viviendas para el levantamiento de indicadores de formas inmaduras de Aedes aegypti en el municipio de SAN JOSÉ DE PARE. Realización de acciones de promoción en viviendas del área urbana del municipio de San José de Pare como medida de control del dengue, consistentes en el lavado periódico de tanques y la eliminación de inservibles.	**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	Durante el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, se brindó apoyo en la elaboración de un modelo de diseño de herramienta para la recolección de información y de un formato para la entrega de actividades desarrolladas por el personal técnico en municipios en riesgo. Diseño y elaboración de formulario en Epicollect para la recolección de datos sobre actividades de IEC y control, garantizando el cumplimiento de los requerimientos del MSPS.	**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	Durante el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, se brindó apoyo en el seguimiento de los registros entomológicos de viviendas en riesgo de dengue, con el fin de verificar que estos se realizaran de manera adecuada y oportuna, de acuerdo con la programación de levantamientos entomológicos en municipios en riesgo para ETV, en el marco de la primera encuesta entomológica programada para el primer semestre de 2025.	**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 el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, se brindó apoyo en la actualización de la información del personal del programa de ETV, con el fin de facilitar el seguimiento y control por parte de los supervisores de los procesos contractuales. Asimismo, se apoyó la actualización de la información contractual de los CPS en curso, como insumo para la elaboración de informes de gestión financiera del programa de ETV.	**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 Departamento de Boyacá	Durante el periodo de reporte, se brindó apoyo en las siguientes actividades: Actualización de la información contractual de los CPS en curso, como insumo para la elaboración de informes de gestión financiera del programa de ETV. Actualización de los mapas de levantamiento entomológico realizados en el primer semestre en el municipio de SAN JOSÉ DE PARE Actualización de formularios e insumos para la recolección de información sobre las actividades de control integral realizadas por el personal técnico en municipios en riesgo, como apoyo a la elaboración, actualización y consolidación de acciones en informes dirigidos al MSPS.	**X**			
6	Apoyo en la elaboración de mapas unificados, consolidación de información como insumo para informes internos y externos de las	Durante el periodo de reporte, se brindó apoyo en las siguientes actividades: Actualización de los mapas de levantamiento	**X**			

	localidades y municipios intervenidos dentro de los programas adelantados por el programa de control de enfermedades transmitidas por vectores	entomológico realizados en el primer semestre en el municipio de San José de Pare. Se actualizó el mapa de interés epidemiológico, en el cual se registran las viviendas con presencia de formas inmaduras del vector, permitiendo así identificar la situación actual de la presencia del mosquito Aedes aegypti, transmisor del dengue, en el área urbana del municipio. Entrega de muestras obtenidas durante el estudio entomológico al LDSP – Grupo de Entomología Médica para su respectivo análisis taxonómico, junto con el registro de encuestas realizadas durante el estudio en el municipio de SAN JOSÉ DE PARE.				
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 el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, se implementó la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) dirigida a la comunidad en general del municipio de San José de Pare. Esta estrategia se enfocó en la difusión de medidas de control físico y eliminación de criaderos como alternativa para la reducción y control del vector transmisor del dengue. Asimismo, se brindó asistencia y socialización al personal técnico del programa de ETV sobre el manejo de las herramientas de recolección de información y el registro adecuado de las actividades desarrolladas.	**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	Durante el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, no se requirió apoyo técnico para la aplicación y el uso de insumos críticos. Sin embargo, se cuenta con la disponibilidad de elementos de protección personal (EPP), en cumplimiento de los requerimientos técnicos y epidemiológicos, para ser utilizados en caso de ser necesario durante el manejo de insumos		**X**		
9	Apoyar investigación operativa de interés Departamental y demás entidades que hacen pate del programa de ETV	Durante el periodo del 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, se brindó apoyo en el diseño y elaboración de un formulario en Epicollect para la recolección de datos sobre actividades de IEC y control, garantizando el cumplimiento de los requerimientos del MSPS.	**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 cuenta con un dispositivo móvil y un equipo de cómputo para la sincronización de la información generada en campo. Asimismo, se verifica que todos los registros de las actividades realizadas por el personal técnico estén correctamente 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 Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), proporcionando apoyo en la consolidación de acciones y en el registro de la georreferenciación de puntos de interés a nivel municipal y departamental.	**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 óptimas condiciones de funcionamiento y presentación al personal designado	Se cumplió con el numeral correspondiente al uso adecuado y al mantenimiento de los elementos y equipos asignados para las actividades de prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Aunque durante este periodo no se realizó mantenimiento de equipos ni se asignaron nuevos dispositivos, se asegura que, en caso de recibir maquinaria en el futuro, se adoptarán las medidas necesarias para su correcto uso, mantenimiento y devolución en óptimas condiciones.	**X**			
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	Durante el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de marzo de 2025, se brindó apoyo en la elaboración de un modelo de diseño de herramienta para la recolección de información y de un formato para la entrega de actividades desarrolladas por el personal técnico en municipios en riesgo.	**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	Durante el periodo de reporte comprendido entre el 1 de marzo al 28 de maro de 2025, se brindó apoyo al personal del programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (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 visita.	**X**			

		Asistencia a la reunión de vigilancia entomológica del dengue, organizada por el LDSP – Grupo de Entomología, para la socialización de lineamientos sobre levantamientos entomológicos en municipios en riesgo.				
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 revisan y ajustan los proyectos en Epicollect de acuerdo con las solicitudes del Ministerio de Salud. Apoyo en la elaboración de un modelo de diseño de herramienta para la recolección de información y de un formato para la entrega de actividades desarrolladas por el personal técnico en municipios en riesgo. Diseño y elaboración de formulario en Epicollect para la recolección de datos sobre actividades de IEC y control, garantizando el cumplimiento de los requerimientos del MSPS. Se actualiza la base de datos generada en Epicollect, totalizando las intervenciones por municipio y por tipo de actividad, brindando apoyo en la elaboración de informes para el MSPS. A través de la herramienta Epicollect y Google Maps, se actualizan los mapas de las actividades realizadas por el personal técnico durante el 2024.	**X**			

Firma:_____

Nombre: MANUEL ALFONSO MEDINA CAMARGO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2025-003722-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	
2025-02	2025-02	I	13/03/2025	84973785	$477.200	

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	205.500	0		0		0	0	0	0	205.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	263.100	0	0	0	0	0	0		263.100	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	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	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	205.500	205.500
Pensión	1	263.100	263.100
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	477.200	477.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	13/03/2025	84973785	$477.200	

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								230301	1.644.000	263.100	0	0	0	0	EPS017	1.644.000	205.500	14-23	1.644.000	1	8.600		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	2		
FECHA PRESENTE ACTA	1/04/2025		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	303	DE FECHA: 28/01/2025	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL MANEJO DE BASES DE DATOS DEL PROGRAMA DE ETV, QUE INCLUYE EL SEGUIMIENTO, EDICIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE FORMULARIOS EN EL APLICATIVO, ASÍ COMO EL SOPORTE TÉCNICO NECESARIO PARA ASEGURAR UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO EN LA RECOLECCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y ENTOMOLÓGICOS GENERADOS EN CAMPO NO. 9.		
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 :	$ 32.864.416,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 32.864.416,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) 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	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	29/01/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	28/09/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**DEL 1 DE MARZO DEL 2025 AL 28 DE MARZO DEL 2025**		
RBPP N°	2024 00415 0343		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **536** AÑO: **2025**, 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° **84973785** del mes (es) **FEBRERO** 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	$ 32.864.416,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.108.052,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 4.108.052,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 24.648.312,00
Sumas iguales	$ 32.864.416,00	$ 32.864.416,00

**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: 488438447747	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. S-2025-004338-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