S-2025-016549-SALDPP

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

PERIODO REPORTE: DEL 29 DE JUNIO DEL 2025 AL 28 DE JULIO 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 EJECUCIÓNDE 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	Se brindó apoyo en la actualización de la información sobre las acciones de control integral de fiebre amarilla, y en el seguimiento de las actividades desarrolladas en 2025 en municipios con riesgo ETV, como herramienta para verificar el avance y cobertura de las acciones en el departamento de Boyacá	**X**			
2	Apoyo a la consolidación de información derivada del programa de enfermedades trasmitidas por vectores dentro de su plan regular y demás estrategias, planes y programas adelantados durante la vigencia	Se apoyó en la consolidación y elaboración del informe técnico de actividades de control integral de arbovirosis, detallando acciones desarrolladas en municipios priorizados. Además, se realizó la actualización de la población en riesgo teniendo en cuenta proyecciones del DANE para 2025.	**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	Se actualizó de forma continua la información sobre actividades de control en municipios priorizados, incluyendo visitas escolares, control de criaderos, aplicación de insecticidas y acciones educativas. Esta información fue incorporada en el consolidado semestral.	**X**			
4	Apoyo en la consolidación y actualización de bases de datos que hacen parte derivada del programa de enfermedades trasmitidas por	Se apoyó la actualización de las bases de datos del programa, garantizando su disponibilidad para reportes institucionales y para el	**X**			

S-2025-016549-SALDPP

	vectores dentro de su plan regular y demás estrategias, planes y programas adelantados durante la vigencia	seguimiento a las actividades realizadas en municipios priorizados por parte de los supervisores.				
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	Se consolidó la información y los mapas de intervenciones realizadas hasta la semana epidemiológica 28 y período epidemiológico 7, organizando los datos del primer semestre de 2025.	**X**			
6	Apoyo en la elaboración de mapas unificados, consolidación de información como insumo para informes internos y externos de las localidades y municipios intervenidos dentro de los programas adelantados por el programa de control de enfermedades transmitidas por vectores	Se prestó apoyo en la elaboración de mapas y registros de actividades en municipios en riesgo, georreferenciados con el aplicativo institucional que se hace en campo registrando todas las intervenciones de control integral para evidenciar avances y cobertura.	**X**			
7	Apoyo actividades propias para la implementación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) sobre los factores de riesgo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (E.T.V.) en municipios con riesgo para la transmisión	Se realizó seguimiento y socialización con el personal técnico sobre el uso adecuado de la herramienta Epicollect, brindando orientaciones para el diligenciamiento correcto de formularios y validación de la información georreferenciada.	**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 este periodo no fue necesario utilizar insumos críticos. Sin embargo, se cuenta con disponibilidad de los elementos de protección personal, listos para ser usados conforme a los lineamientos técnicos y epidemiológicos.	**X**			
9	Apoyar investigación operativa de interés Departamental y demás entidades que hacen pate del programa de ETV	Se brindó apoyo en reunión interinstitucional para analizar alternativas de intervención frente a la alta presencia de mosquitos en la zona de la represa La Playa del municipio de TUTA, donde se presentaron recomendaciones técnicas para mitigar el riesgo.	**X**			
10	Contar con dispositivo móvil celular con datos que permita el manejo y cargue de información de actividades de ETV desarrolladas en los municipios asignados y de acuerdo al aplicativo utilizado por el programa	Se garantizó el uso adecuado de herramientas móviles con acceso a internet para el registro y seguimiento de actividades mediante el aplicativo Epicollect.	**X**			
11	Presentar informes y soportes correspondientes a cada actividad realizada en	Se entregaron los informes correspondientes al periodo, con registros técnicos y soportes de las	**X**			

	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	actividades realizadas por el equipo ETV en municipios priorizados.				
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	No se requirió mantenimiento en este periodo debido a que no se entregaron equipos para intervenciones quimicas. Se garantizó el uso correcto de los elementos disponibles.	**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	Se brindó acompañamiento permanente en el uso de Epicollect. Se diseñaron formularios digitales, se actualizó la base de datos y se resolvieron dudas del equipo técnico para garantizar calidad en la información.	**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	Se brindó asistencia técnica continua sobre Epicollect, promoviendo el uso correcto y seguro. Se actualizaron formularios para el seguimiento de larvitrampas en los municipios de SAN MATEO, GUACAMAYAS Y PANQUEBA	**X**			
15	Apoyo en la consolidación de información técnica necesaria para la proyección y elaboración de estudios, proyectos, planes y programas que hacen parte del programa de enfermedades transmitidas por vectores del departamento de Boyacá	Se apoyó en el análisis y validación de la información técnica registrada en Epicollect, correspondiente a datos entomológicos, intervenciones químicas, control larvario y seguimiento de casos. Adicionalmente, se elaboraron mapas georreferenciados y se brindó apoyo en la sincronización de datos y la validación de formularios. Así mismo, se mantiene actualizada la información relacionada con el talento humano del programa ETV, con el fin de contar con un registro claro y actualizado del personal vinculado a las acciones del programa.	**X**			

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

Firma: _____
Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ
CONTRATISTA

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	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87847170	$477.100	

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	263.000	0	0	0	0	0	0		263.000	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	263.000	263.000
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	477.100	477.100

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	
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	87847170	$477.100	

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																	230301	1.643.300	263.000	0	0	0	0	EPS017	1.643.300	205.500	14-23	1.643.300	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

S-2025-016550-SALDPP

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		FECHA: 24/Jul/2019

ACTA PARCIAL	6		
FECHA PRESENTE ACTA	29/07/2025		
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:		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	28/09/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 29 DE JUNIO DEL 2025 AL 28 DE JULIO 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 SECRETARÍA DE 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, características 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° 87847170 del mes (es) JUNIO 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 financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según 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	$ 20.540.260,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 8.216.104,00
Sumas iguales	$ 32.864.416,00	$ 32.864.416,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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
Radicado No. S-2025-016550-SALDPP

Firma: _____
Nombre: CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ
CONTRATISTA

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.