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

ACTA PARCIAL	02			
FECHA PRESENTE ACTA	11/11/2025			
CONTRATO X CONVENIO __	849		DE FECHA:	13/02/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 91			
CONTRATISTA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ / RL: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ			NIT: 820.003.435-9
				C.C: 40046185
INTERVENTOR _ SUPERVISOR X	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL			C.C: 40026923
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:	$33.500.000.00		
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00		
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00		
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A.	$ 0.00		
ADICIONAL N° N.A.	VALOR N.A.	$ 0,00		
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$33.500.000.00			
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025			
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: N.A.		De Fecha:	N.A.
PRORROGA N° N.A.	Tiempo: N.A.		De Fecha:	N.A.
PLAZO TOTAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025			
FECHA DE INICIACIÓN	14/02/2025			
ACTA DE SUSPENSIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.			
ACTA DE REINICIACIÓN N° N.A.	De Fecha: N.A.			
FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025			
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A.			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 01/07/2025 al 31/08/2025			
RBPP N°	2024 00415 0343			

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No **1506** AÑO: 2025

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, CLARA SONIA GUERRERO BERNAL, Interventor/Supervisor y el señor (a) LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica 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	$33.500.000	
Amortización Anticipo		$0.00
Valor a pagar de la presente acta		$13.400.000
Valor total actas pagadas		$10.050.000
Saldo por ejecutar		$10.050.000
Sumas iguales	$33.500.000	$33.500.000

*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: ´000374015212	BANCO: DAVIVIENDA	AHORROS:	CORRIENTE: X

*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: El representante legal presenta certificación de parafiscales, la cual se anexa a la presente acta.

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: CLARA SONIA GUERRERO BERNAL
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ

* Si se requieren se pueden adicionar más 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 Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- 1981 - 2025

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

MONIQUIRA, BOYACA, 08/04/2025

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGUI** con NIT **820.003.435-9** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA CORRIENTE

Número 000374015212

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Togui

No responsable de IVA

Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621

Carrera 3 #1-58 Puesto De Salud Teléfono: 3114817215 **NIT: 820003435-9**

Factura Electrónica de Venta **No. FE254658** Fecha emisión 30/10/2025

Autoriza DIAN 18764098791249, Fecha: 2025-09-17 hasta 2027-09-17, Prefijo FE, Factura 254501 al 256000.

Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 28/01/2026

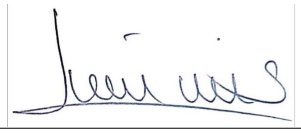
Código	Servicios	Valor unitario	Cantidad	Valor pagar
CAP	PAGO ACTA PARCIAL N 2 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N. 849 DE 2025 CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA EN APLICACION AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N. 91	13,400,000.00	1.00	13,400,000.00

Valor total factura electrónica #FE254658 13,400,000.00

Valor del copago o cuota moderadora: 0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **13,400,000.00**

Valor EN LETRAS: TRECE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE



IPS esetogui@gmail.com

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 616953329 Entidad Bancaria: BANCO DE BOGOTA -

CUFE: 9a154cd85526bc722a7ec9f5c36075e2f2e5a896d4809eb7682f33e841401fa594af6534f700e6a902933c9815a6f275

Documento generado el 30/10/2025 16:07 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

CUFE o CUDE: 9a154cd85526bc722a7ec9f5c36075e2f2e5a896d4809eb7682f33e841401fa594af6534f700e6a902933c9815a6f275

Empresa Social Del Estado Centro De Salud De Togui **NIT** 820003435-9		CLIENTE DEPARTAMENTO DE BOYACA 891800498-1	
Código del prestador de servicios de salud	1581600553	**Modalidades de contratación y de pago**	Pago por capitación
Tipo de documento de identificación del usuario		**Cobertura o plan de beneficios**	Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Número de documento de identificación del usuario		**Número de contrato**	849
Primer apellido del usuario		**Número de póliza**	
Segundo apellido del usuario		**Fecha de inicio**	2025/10/01
Primer nombre del usuario		**Fecha final**	2025/10/31
Segundo nombre del usuario		**Operación Salud**	SS-SinAporte
Tipo de usuario			

Grupo de campos para información relacionadas con el recaudo de los aportes.

Total Copago: 0
Total Cuota Moderadora: 0
Total Cuota Recuperación: 0.00
Total Pagos Compartidos: 0

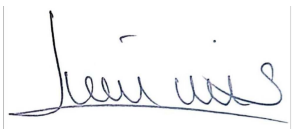
Grupo de campos para información relacionados con código de Autorización, Mipres y id de prescripción.

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, **LINA ROSA ABRIL SANCHEZ**, identificada con cedula de ciudadanía N°. 40.046.185 expedida en Tunja, en mi condición de Representante Legal de La **E.S.E Centro de Salud de Togüí**, identificada con NIT. 820.003.435-9, certifico que, desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 agosto del 2025, la empresa ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos profesionales y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 100 de1993, artículos 4° y 13 del Decreto 1295 de 1994, numeral 4 del artículo 7 de la ley 21 de 1982, articulo 1 de la ley 89 de 1988.

La presente se expide hoy veintiocho (28) de octubre de dos mil veinticinco (2025).



LINA ROSA ABRIL SANCHEZ
Representante Legal
ESE Centro de Salud de Togüí

GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	CONVENIO:	
INTERVENTORÍA:		SUPERVISIÓN	X
PARCIAL	X	FINAL	

INFORME No:	5	FECHA:	1	de	SEPTIEMBRE	de	2025			
PERIODO:	DEL	1	de	JULIO	de	2025	AL	31	de	AGOSTO	de	2025
No. CONTRATO O CONVENIO	849	DE	2025		FECHA:	13	de	FEBRERO	de	2025		
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	$ 33.500.000,00				RPC	1506				
REGISTRO BP y P No.	2024 00415 0343									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ									

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 91

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	CLARA SONIA GUERRERO BERNAL		
Teléfono:	7420111	Dirección:	Avenida Colón N° 22 A 16

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	14	02	2025
PLAZO INICIAL	A partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2025		
PLAZO CON ADICIONES	No aplica		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	30	12	2025
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	30	12	2025

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
Acta de inicio	14	02	2025	
Acta parcial 01	5	08	2025	
Acta parcial 02				
Acta de terminación				
Acta de recibo final a satisfacción				

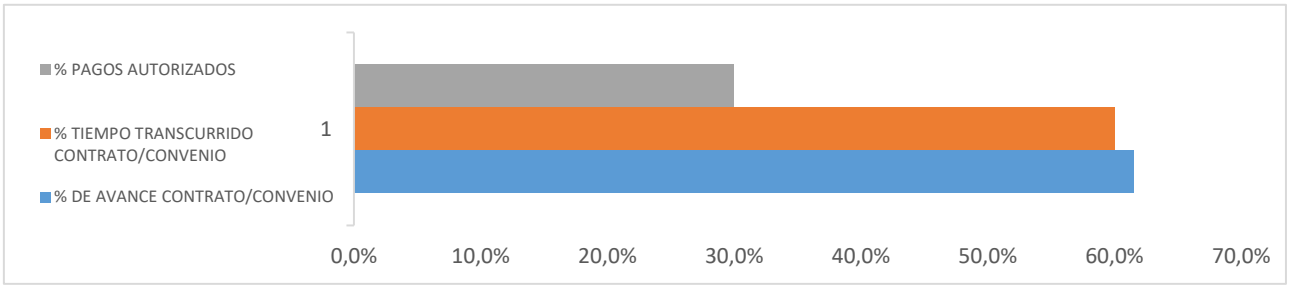
ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO					
CONTRATO O CONVENIO					
NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)			VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO					
No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO					
ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1. Realizar en el o los municipios de: Togüí, objeto del contrato, las acciones de vigilancia en salud pública contenidas en la programación, la cual forma parte integral del presente.	Las actividades se ejecutan de acuerdo a la programación de actividades	X			
2. Presentar informe al supervisor de la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA en los formatos establecidos por ésta en las siguientes fechas: Primer informe, 9 de julio con corte a 30 de junio; segundo Informe, 8 de septiembre con corte a 31 de agosto y el tercer Informe con corte al término del contrato	Se presentó el informe de acuerdo a los lineamientos	X			
3. Los soportes de las actividades de vigilancia en salud pública serán diligenciados en los formatos establecidos por el Instituto Nacional de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá	Las actividades se presentan en los soportes definidos	X			
4. Cumplir con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de todos los eventos de notificación obligatoria en Colombia, en el marco de la normatividad y lineamientos establecidos, incluyendo los subsistemas de información, análisis e intervención, recolección, procesamiento y transporte de muestras.	Se cumple con los procedimientos estipulados para la vigilancia y control de los EISP	X			
5. Apoyar el desarrollo de las estrategias de vigilancia basada en casos predefinidos para los eventos de interés en salud pública y vigilancia basada en comunidad de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	Se desarrollan las estrategias de acuerdo a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud	X			
6. Realizar las recomendaciones sugeridas por el supervisor e informar oportunamente y por escrito cualquier anormalidad surgida en la ejecución del contrato interadministrativo.	Se entregan recomendaciones de acuerdo al desarrollo del contrato	X			

INFORME TÉCNICO
Las actividades de Vigilancia en Salud Pública se ejecutan de acuerdo a lo definido en la Ley 715, 100, 1122, 1438 y decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social que en su Título 8 se define el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Su operatividad se visualiza en la aplicabilidad a los lineamientos expedidos por el Instituto Nacional de Salud para la vigilancia y control de los eventos de interés en Salud Pública.

AVANCE DE EJECUCIÓN					
CONTRATO O CONVENIO					
% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**61,5%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**60,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**30,0%**



EJECUCION, AVANCE Y ESTADO
Contrato en proceso de ejecución y de acuerdo a lo previsto en la CLAUSULA CUARTA: FORMA DE DESEMBOLSO: El valor del contrato se pagará en actas parciales una vez se ejecuten las acciones acompañado del informe de actividades desarrolladas en el formato establecido por el sistema integrado de gestión de calidad presentadas ante el supervisor del contrato para su giro: Un 30% del valor asignado; con la presentación del primer informe de las acciones y suscripción del acta parcial 01. Un 40% con la presentación del segundo informe de las acciones y suscripción del acta parcial 02 y un 30% del valor asignado con la presentación del informe final de las acciones y suscripción del acta de liquidación.

SEGUIMIENTO FINANCIERO					
CONTRATO O CONVENIO					
CUENTA No.	´000374015212	FIDUCIA No.:		BANCO:	Davivienda
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
Acta parcial 01	30%	5	08	2025	$ 10.050.000,00
Acta parcial 02	40%				
Acta de recibo final a satisfacción	30%				
TOTAL					**$ 10.050.000,00**

INFORME JURÍDICO
El contrato se encuentra debidamente legalizado y se desarrolla conforme a la nornatividad vigente: Ley 715, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, decreto 780 de 2016 y los lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública expedidos por el Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social
OBSERVACIONES:
Las evidencias quedan bajo la custodia de la Entidad parte del contrato.

CLARA SONIA GUERRERO BERNAL

Nombre y Firma Supervisor o Interventor

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

Gobernación de Boyacá	FORMATO	Versión: 1
		Código: M-GS-PP-F-128
INFORME DE GESTIÓN ACCIONES VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA MUNICIPAL		Fecha: 03/Dic/2024

MUNICIPIO	TOGÜÍ	N° CONTRATO	849	VALOR DEL CONTRATO	$ 33.500.000
ENTIDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE TOGÜÍ			FECHA DE INICIO	14/02/2025
				FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2025

COMPONENTE	N°	ACTIVIDADES		N° DE ACTIVIDADES		COSTO	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES	% DE EJECUCIÓN RECURSOS	Observación
Subsistema de información SIVIGILA	1	Realizar la actualización de la caracterización de UPGD y UI en el SIVIGILA		P	1	50.000	100	100	
				E	1	50.000			
	2	Realizar la identificación, consolidación y ajustes de la información de los eventos de interés en salud pública según lineamiento.		P	42	4.620.000	67	67	
				E	28	3.080.000			
	3	Realizar la notificación semanal de casos de EDA e IRA		P	42	630.000	67	67	
				E	28	420.000			
	4	Realizar la búsqueda activa institucional mensual de eventos de interés en salud pública a través del SIANIESP y enviar al departamento		P	12	1.440.000	67	67	
				E	8	960.000			
	5	Apoyar el Monitoreo Rápido de Vacunación de trazadores y la Encuesta de Evaluación de Coberturas (ECV), según lineamiento PAI y realizar la búsqueda activa comunitaria de EISP según lineamiento de VSP articulado a la ECV y MRV		P	2	2.600.000	100	100	
				E	2	2.600.000			
Subsistema de análisis y divulgación	6	Reunión mensual del comité de vigilancia en salud pública COVE y socialización del protocolo de vigilancia en salud pública.		P	11	11.000.000	73	73	
				E	8	8.000.000			
	7	Elaborar informe del comportamiento epidemiológico de los EISP, coberturas de vacunación y estadísticas vitales y remitirlo a la autoridad municipal. Primer trimestre (corte a 31 de marzo) segundo trimestre (corte a 30 de junio); Tercer trimestre (corte a 30 de septiembre) y último bimensual (corte a 30 de noviembre)		P	4	1.200.000	50	50	
				E	2	600.000			
	8	Realizar análisis de los indicadores de los hechos vitales (nacimientos y defunciones) y presentarlo en el COVE.		P	11	1.000.000	64	64	
				E	7	636.364			
Análisis de la situación de la salud	9	Realizar la actualización del documento ASIS 2024 según lineamientos		P	1	4.000.000	0	0	
				E		0			
Subsistema de intervención	10	Seguimiento y control epidemiológico de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los lineamientos y protocolos del INS	Morbilidad EISP Anexo 1	1.000.000		525.000		53	
			Brotes EISP Anexo 2					0	
			Mortalidad EISP Anexo 3					0	
	Subtotal			1.000.000		525.000		53	
Subsistema de formación	11	Participar en el proceso de formación continua y entrenamiento en competencias para la vigilancia y respuesta en salud pública.		P	11	1.650.000	45	45	
				E	5	750.000			
Vigilancia basada en comunidad VBC	12	Realizar y actualizar el registro de organizaciones de base comunitaria		P	2	400.000	50	50	
				E	1	200.000			
	13	Conformación y seguimiento a la red de la vigilancia basada en comunidad -RevCom y registro de sus integrantes al link de Agente Comunitario Red de Vigilancia Epidemiológica Basada en Comunidad del Instituto Nacional de Salud		P	1	500.000	100	100	
				E	1	500.000			
	14	Realizar reunión del COVECOM con el fin de: 1. Acciones de fortalecimiento y movilización social con la RevCom 2. Análisis del comportamiento de los reportes y notificación semanal de los actores comunitarios 3. Verificar canales y tiempos de reporte de situaciones de interés en salud pública		P	4	1.600.000	50	50	
				E	2	800.000			
	15	Realizar acción de generación de incentivo y distintivo para la RevCom		P	1	800.000	100	100	
				E	1	800.000			
	16	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de las situaciones de interés en salud pública en la vigilancia basada en comunidad		P	42	210.000	62	62	
				E	26	130.000			
	17	Gestión y seguimiento al monitoreo del reporte de agentes (vigías y gestores) de la vigilancia basada en comunidad		P	10	800.000	70	70	
				E	7	560.000			
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE RECURSOS				33.500.000		20.611.364		61,5%	

OBSERVACION GENERAL
1. Se revisan los soportes y se suscribe acta parcial
2. Los soportes de las actividades quedan bajo custodia de la entidad contratada
3. Las actividades de vigilancia en salud pública se deben adelantar de acuerdo a los lineamientos y protocolos vigentes.

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
LINA ROSA ABRIL SÁNCHEZ	Gerente	
NICOL ESTEFANY HERNANDEZ CORTES	Coordinador Vigilancia en Salud Pública	Nicol E. Hernandez C.
CLARA SONIA GUERRERO BERNAL	Supervisor SESALUB	