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

PERIODO REPORTE: DICIEMRE 8 A DICIEMBRE 31 DEL 2020 CONTRATO No. 2233

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0003

FECHA INICIACIÓN: 08/07/2020 FECHA TERMINACIÓN: 31/12/2020

CONTRATISTA: DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN INTERVENTOR: LUIS EDUARDO BUITRAGO GORDILLO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE TÉCNICO CON DESPLAZAMIENTO COMO APOYO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN EN SALUD AMBIENTAL, PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROYECTO DE "OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE 2020 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	En cada municipio asignado apoyar la inspección y vigilancia sanitaria a los sujetos (definidos según lineamientos de los programas o componentes de Salud Ambiental, de Seguridad Alimentaria y Nutricional y de la Dirección Técnica de Promoción y Prevención); según el censo y programación siguiendo los instrumentos y mecanismos establecidos en el Modelo de Inspección, vigilancia y control sanitario. (Peso porcentual del 30% sobre el totalde las actividades específicas)	Acompañamiento a profesionales Y Administracion Municipal de Sotaquira y Tuta a visitas a los diferentres establecimientos, para verificar cumplimiento de protocolo de bioseguridad covid-19	X			Se firman formatos de asistencia de la alcaldia
2	Apoyar las acciones de vigilancia rutinaria de la calidad de agua para consumo humano en cada municipio asignado, según lineamientos de la Secretaría de Salud de Boyacá. (Toma de muestras de agua, monitoreo de pH y Cloro Residual Libre, inspección y vigilancia a sistemas de suminstro de agua, entre otras con cumplimiento estricto del cronograma establecido por el programa y el Laboratorio Departamental de Salud Pública). (Peso porcentual del 20% sobre el total de las actividades específicas)	Notificaciones= se notifican reportes de muestras de agua: Tuta:7 y Sotaquira:3. -Se hace acompañamiento al ingeniro de aguas de la secretaria de salud a visitas a los acueductos vigilados, para cerificar cumplimiento de recomendaciones de primera visita . -En el municipio de Tuta se reciben las mejoras realizadas a los acueductos vigilados	X			Se entregan los soportes al programa de aguas.
3	Siguiendo el lineamiento del Programa de Zoonosis, apoyar y realizar seguimiento epidemiológico de perros o gatos agresores observables o conocidos de los accidentes por animal potencialmente transmisor de rabia presentados en losmunicipios asignados; según su clasificación y notificarlos al SIVIGILA según protocolo del Ministerio de Salud e I.N.S. y diligenciando el formato vigente establecido en el Modelo Integradode Planeación y Gestión de la Gobernación de Boyacá (cada seguimiento con 3 visitas mínimo por un periodo de 10 días calendarios desde la agresión) garantizando que todos los casos queden cerrados y efectuar la coordinación con las Empresas Sociales del Estado para notificación delSIVIGILA. (Peso porcentual del 10% sobre el total de las actividades específicas).	Seguimientos Epidemiologicos de Rabia= 2 en Sotaquira.	X			Se sube la informacion al respectivo LINK y Se certifica por medio de la profesional.

4	Apoyar la campaña de vacunación antirabica canina y felina masiva, en caso de brote o reevacunación, en cada uno de los municipios asignados; de acuerdo con los lineamientos del Programa de Zoonosis y de la Dirección Técnica de Promoción y Prevención. (Peso porcentual del 10% sobre el total delas actividades específicas).	Se realiza barrido de vacunacion canina y felina	X			Se entrega informe al veterinadio
5	Entregar mensualmente al supervisor del contrato y al referente decada programa (Residuos y Sustancias Químicas; Calidad de Agua para consumo humano, Establecimientos Educativos y otros; Alimentos y Bebidas Alcohólicas y Zoonosis), las actas, formatos, instrumentos y bases de datos como soporte de lasactuaciones y actividades realizadas para ser consolidados por los diferentes programas, cumpliendo cabalmente con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la Gobernación de Boyacá. Para el efecto, el supervisor del contrato exigirá el certificado de recibo a conformidad que para tal fin se le expida en cada programa mensualmente y que será soporte para el trámite de pago correspondiente. (Peso porcentual del 10% sobre el total de las actividades específicas).	Se verifica la informacion por cada profesional delos municipios y posteriormente se expide la certificacion por parte del referente de cada programa. Los certificados se suben al QUYNE y se entregan en fisico al supervisor. Se elbora el diagnostico sanitario de los dos municipios y se entrega al supervisor del contrato.	X			Se da cumplimiento a lo requerido mediante el contrato y se entrega la informacion. Se entrega el diasgnostico sanitaio al ingeniero supervisor del contrato. se entrega todas las actas realizadas a cada programa previa revision de los profesionales de apoyo
6	Apoyar de manera conjunta e integral con el equipo de Salud Ambiental los condensados, informes, evaluaciones, indicadores, censos, diagnósticos sanitarios y notificaciones de cada municipio asignado, según lineamientos de la Secretaría de Salud de Boyacá. (Peso porcentual del 10% sobre el total de las actividades específicas).	Se llenan los formatos respectivo y se pasan y se entregan a cada profesional y referente de cada programa	X			SE CARGA AL RESPECTIVO LINK
7	En los municipios asignados formar parte activa de todos los espacios de participación como COVE, Consejos Municipales de Política Social, Gestión del Riesgo, que permita el desarrollo de acciones integrales e intersectoriales; y de acompañamiento a la Gestión de la Salud Pública que correspondan a la coordinación intersectorial y Gestión de IntervencionesColectivas. (Peso porcentual del 5% sobre el total de las actividades específicas).	Se ha participado en los concejos de seguridad en cada municipio de forma virtual. En los Consejos de PAE	X			Se puede verificar con autoridades de cada municuipio
8	Cuando se requiera, apoyar con el equipo de profesionales de Salud Ambiental la atención oportuna de quejas, requerimientos y solicitudes relacionadas con molestias sanitarias en los municipios asignados. Una vez se reciban solicitudes o quejas, o se identifiquen situaciones de riesgo, informar inmediatamente al supervisor para la toma de decisiones oportunas en la vigilancia y control en Salud Ambiental.(Su valoración va ligada a la Actividad 1)	Se ha estado atento a dar cumplimiento	X			Se puede constatar con los profesionales
9	Cuando se requiera, por la presencia de brotes,intoxicaciones y/o eventos de interés sanitario en los municipios asignados, siguiendo indicaciones de los protocolos del I.N.S. apoyar la vigilancia epidemiológica y muestreos necesarios de alimentos, agua y superficies vivas e inertes (incluye custodia, traslado y entrega en el Laboratorio Departamental de Salud Pública. (Su valoración va ligada a la Actividad 1).	Actividad no Programada	N.A	N.A	N.A	se estara atento a prestar la colaboracion necesaria mientras termina el año 2020.
10	Efectuar devolución de los insumos y elementos que le suministre la Secretaría de Salud de Boyacá a través del Laboratorio Departamental de Salud Pública y Salud Ambiental, en las mismas condiciones en que le fueron entregados al comienzo del contrato. Para el efecto, el supervisor del contrato exigirá el certificado de recibo a conformidad que para tal se le expida según sea el caso. (Su valoración va ligada a la Actividad 2)	Se realizo la entrega de termos, equipo de monitoreo de cloro y oh, insumos sobrantes y papeleria al laboratorio quien expide certificacion.	X			El, laboratorio expidio certificacion de recibo a satisfaccion.

11	Contar con equipo de computo y acceso a internet para la ejecucion de las actividades programadas para el contratista	Se cuenta con equipo, internet y demas accesorios	X			
12	Las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a los lineamientos de cada uno de los programas, los cuales seran parte integral del presente contrato.	Visita a la carcel de Combita a solicitud de la secretaria de salud.	X			Se tienen acta respectiva

Firma:_____

Nombre: LUIS EDUARDO BUITRAGO GORDILLO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN

CONTRATISTA .

RADICADO No: S-2020-013295-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:

Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:

No cumplió las actividades pactadas.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6764135
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRANV 1 ESTE NO 65C-27	TELÉFONO:	7452145
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				**4365940949**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2020/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9993154553

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 172.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.800	$ 0	$ 172.800
SUBTOTALES:										**$ 172.800**	**$ 0**	**$ 172.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 135.000	$ 53.000	$ 0	$ 0	$ 188.000	$ 0	$ 0	$ 188.000
SUBTOTALES:													**$ 188.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 188.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.300	$ 11.300	$ 0	$ 0	$ 11.300
SUBTOTALES:									**$ 11.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1020781999	DUARTE HERNANDEZ DANIEL CAMILO	BENEF UPC ADIC		$ 0				NO																	
2	CC 6764135	DUARTE SUESCUN DANIEL GUSTAVO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.080.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.080.000	$ 172.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 172.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 0	$ 0	$ 53.000	$ 53.000			$ 0		$ 0
2	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.080.000	$ 135.000	$ 0	$ 135.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.080.000	6764135	$ 11.300

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 372.100**

Planilla Pagada
Planilla Pagada

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2020		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	No. 2233	DE FECHA: 08/07/2020	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE TÉCNICO CON DESPLAZAMIENTO COMO APOYO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN EN SALUD AMBIENTAL, PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PROYECTO DE "OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE 2020 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ		
CONTRATISTA	DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN		NIT:6764135-6 :
			C.C:6764135
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	LUIS EDUARDO BUITRAGO GORDILLO		C.C:16613560
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 14.661.240,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 14.661.240,00	
PLAZO INICIAL	CINCO (5) MESES Y VEINTICUATRO (24)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	CINCO (5) MESES Y VEINTICUATRO (24)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	08/07/2020		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2020		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DICIEMRE 8 A DICIEMBRE 31 DEL 2020		
RBPP N°	2020 00415 0003		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **4607** AÑO: **2020**, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, LUIS EDUARDO BUITRAGO GORDILLO Interventor / Supervisor y el señor DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° **4365940949** del mes (es) **DICIEMBRE DEL 2020** 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 o convenio	$ 14.661.240,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 2.022.240,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 12.639.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 14.661.240,00	$ 14.661.240,00

**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: 390-84548-5	BANCO: Banco de Occidente	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: LUIS EDUARDO BUITRAGO GORDILLO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN
CONTRATISTA

Radicado No. S-2020-013359-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

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0** **CÓDIGO: GN-I06-F01**
CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		**FECHA: 04/10/2016**

Fecha: 18/12/2020	Secretaría: SALUD		Dependencia: DIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD
Nombre de Solicitante DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN	Extensión: NA	Cargo: CONTRATISTA	Email: danielduges@hotmail.com
Nombre de Usuario DANIEL GUSTAVO DUARTE SUESCUN	Extensión: NA	Cargo: CONTRATISTA	Email: danielduges@hotmail.com

ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		
No.	**Registro de Certificación**	**Estado**
1	Sistema: QUYNE ID Usuario DANIEL.DUARTE Fecha:18/12/2020  _____ Firma Responsable del Sistema Nombre: Will Yhonathan Amaya Medina	Documentos Pendientes:0



Firma Director de Sistemas

S-2020-003407-TICDSI