

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

PERIODO REPORTE: 01-03-2026 a 31-03-2026

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.9202240/2103

REGISTRO BPyP No.: 202500000034016

FECHA INICIACIÓN: 30/01/2026

FECHA TERMINACIÓN: 29/08/2026

CONTRATISTA: Clara Milena Niño CastilloINTERVENTOR: Manuel Alfonso Medina Camargo

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEL COMPONENTE DIAGNÓSTICO DE LAS (ETV) EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA IDONEIDAD Y CALIDAD DE LAS MUESTRAS DURANTE TODO EL PROCESO DIAGNÓSTICO, ASEGURANDO LA APLICACIÓN ADECUADA DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS N° 26.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Realizar curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción establecido por la Función Pública para dar cumplimiento a la Ley 2016 de 2020 a través del siguiente link https://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/eva_/curso-integridad , y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución. De igual manera diligenciar el link https://sway.cloud.microsoft/CnOSei89GHALBsPj?ref=Link , para la Inducción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST de la Gobernación de Boyacá y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución.	NA, Esta actividad se realiza una sola en el contrato			X	

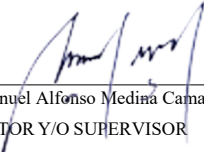
2	Realizar apoyo en el seguimiento al plan de Trabajo establecido dentro del plan de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domicilio de Trypanosoma cruzi Rhodnius prolixus y plan regular en el componente de vigilancia serológica, vigilancia epidemiológica y atención integral del paciente	Se realiza consolidacion de capitulo Organización, planificación y descripción de los servicios generales de salud , Indicadores demográficos; población total, urbana, rural y por grupo etario (pirámide poblacional); natalidad, y migración interior y exterior e Indicadores de desarrollo	X			
3	Apoyar en la orientación, proyección y seguimiento de la ejecución de muestreos serológicos según lineamientos establecidos por el MSPS y el Departamento en municipios y población Objeto que hacen parte del plan de certificación, plan de reducción de barreras para acceso al Diagnóstico y tratamiento de Chagas en cada una de sus fases y plan regular de la ETV	Se realiza consolidado de bases de datos en los laboratorios donde se procesan muestras,asi mismo se realiza li pieza de las mismas para obtencion de la informacion,	X			
4	Apoyar la organización y tabulación oportuna de la información del componente serológico del plan certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domicilio de Trypanosoma cruzi, eliminación por Rhodnius prolixus y el plan de reducción de barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento en los municipios priorizados del departamento de Boyacá, en bases de datos que deben ser presentadas de forma periódica al coordinador del programa con el fin de tomar decisiones sobre la ejecución de cada uno de los programas.	Se diligencia matriz de certificacion con poblacion DANE y muestreo segun anexo II por cada uno de los municipios y años requeridos.	X			

5	Apoyar la presentación de informes mensuales con los respectivos soportes y bases de datos establecidos por el MSPS, INS y la Secretaria de Salud y entes de control correspondientes a las actividades realizadas en los municipios asignados mensualmente, al Interventor y/o Supervisor designado por la Secretaria de Salud de Boyacá.	Para el mes de Marzo se recolecto y diligencio la informacion correpondiente a la matriz de seguimiento fiebre amarilla, Dengue para reporte a ministerio de salud.	X			
6	Apoyar en el Fortalecimiento y 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.) y el plan de certificación de la interrupción de la transmisión vectorial intra – domiciliar de la enfermedad de Chagas, Arbovirosis, Leishmaniasis y malaria en los municipios priorizados del departamento de Boyacá.	Se realiza capacitacion y socializacion a equipo tecnico de programa ETV en el municipio de moniquira el dia 5 de marzo 2026, donde se recalca la importancia de la calidad del dato en los registro realizados.	x			
7	Apoyar las actividades de capacitación y asistencia técnica al personal de salud, de prestadores y aseguradores, equipos básicos de salud y servicio social obligatorio encargado de la atención integral de personas afectadas o en riesgo por la enfermedad de Chagas y otras Enfermedades transmitidas por vectores en los municipios priorizados en el departamento de Boyacá, en el componente de diagnóstico de las ETV	Se realiza asistencia tecnica presencial en el manejo integral y adherencia a guias para arbovirosis, fiebre amarilla, chagas y leishmaniasis al personal de salud en clinica medilase el dia 19 de marzo 2026.	x			


8	Apoyar la implementación de estrategias para el fomento de la adherencia a las guías y lineamientos de atención en articulación con las áreas de aseguramiento y prestación de servicios de la Secretaría de salud de Boyacá	Se realiza unidad de analisis complementaria y acta para caso de mortalidad de fiebre amarilla con el fin de identificar fallas asociadas en la prestacion de servicios, Se realiza consolidacion y envio del Anexo 24. Consolidado seguimiento planes de mejora para ETV y zoonosis, con el fin de realizar seguimiento a plan de mejora por mortalidad de fiebre amarilla , según lo identificado en tablero de proplemas en unidad de analisis, se realiza solicitud de informacion a aseguramiento, prestacion de servicios, y PAI municipal.	x			
9	Apoyar a la implementación y seguimiento del componente diagnóstico de las enfermedades transmitidas por vectores que incluye: la toma de muestras, embalaje, envió al laboratorio de referencia y socialización de resultados, en los municipios priorizados del departamento de Boyacá	* En este periodo no se programo esta actividad			x	
10	Apoyar el seguimiento de entrega y recepción por parte de los prestadores los resultados emitidos por el Laboratorio departamental de salud Pública del departamento de Boyacá	* En este periodo no se programo esta actividad			x	
11	Apoyar al Laboratorio departamental de salud pública en actividades propias del Programa de Enfermedades Transmitidas por vectores según necesidad, garantizando el cumplimiento de la política de calidad y lineamientos del LDSP	Se realiza mesa de trabajo con referente de certificacion de chagas del LDSP con el fin de realizar verificacion de tamizajes chagas realizados durante los ultimos 4 años y responsabilidades en el diligenciamiento dela matriz de certificacion y reccertificacion plan de interrupcion chagas definida por el ministerio de salud.	x			

12	Apoyar la atención de brotes y contingencias presentadas y que deriven de enfermedades transmitidas por vectores en los componentes de diagnóstico y atención integral del paciente	* En este periodo no se programo esta actividad			x	
13	Apoyar y Participar en los procesos de investigación adelantados por el programa de control de enfermedades trasmitidas por vectores	Asistencia a COVE departamental el dia 24 de marzo 2026, Se asiste a reunion PMU nacional extraordinario alerta por fiebre amarilla en semanada santa el dia 27-03-2026, Asistencia a agenda de induccion virtual al profesional de apoyo al componente clinico del programa el dia 25 de marzo 2026, Se asiste a socializacion virtual plan de eliminacion y sostenimiento de la eliminacion de enfermedades trasmisibles y condiciones prioritarias los dias 16 de marzo plan eliminacion de malaria y 20 de marzo plan de eliminacion leishmanisis visceral.	x			
14	Apoyar la asistencia técnica en términos de concurrencia para el diagnóstico de las ETV en municipios de categoría 1, 2 y 3 del Departamento de Boyacá.	* En este periodo no se programo esta actividad			x	

15	Apoyar la revisión y seguimiento de la información derivada del programa y demás áreas relacionadas con el manejo integral de las ETV atendiendo los criterios de oportunidad y calidad de la información según la necesidad y especificaciones técnicas de la entidad que lo requiera.	Se realiza acta de grupo funcional realizado el día 26 de febrero 2026, se realiza revisión de anexos y envío de matriz de fiebre amarilla y dengue con instrucciones de diligenciamiento por cada una de las áreas, se realiza asistencia técnica con referente de prestación de servicios con el fin de capacitar sobre el correcto diligenciamiento de del anexo 18, arbovirosis.	x			
----	---	--	---	--	--	--

Firma: 
Nombre: Manuel Alfonso Medina Camargo
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Radicado No. **S-2026-008488-SALDPP**

Firma: 
Nombre: Clara Milena Niño Castillo
CONTRATISTA

CLARA MILENA NIÑO
CASTILLO
CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE TIPO IDENTIFICACION: CÉDULA DE CIUDADANÍA / NÚMERO DE IDENTIFICACION: NOMBRE O RAZON SOCIAL: TUNJA / DEPARTAMENTO: DIRECCION: GRA 14 A # 15-11 / TELEFONO: CIUDAD/MUNICIPIO: 02-INDEPENDIENTES / CORRIENTE: TIPO EMPRESA: PRIVADA / ACTIVIDAD ECONOMICA: FORMA DE PRESENTACION: UNICO APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA TIPO DE PLANILLA: 6008379203 / PERIODO COTIZACION SALUD: NUMERO PLANILLA: 2026 / AÑO: 2026 / MES: mayo / AÑO: 2026 / INDEPENDIENTES: 2026 DIAS DE MORA: 0 / MORA: \$ 0 / VALOR PAGADO: \$ 402.200 FECHA PAGO (aa/mm/aa): 2026/03/25 / NÚMERO AUTORIZACION: INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD: 744444 / INCAPACIDAD POR ACCIDENTE: 744444 / INCAPACIDAD POR RIESGOS PROFESIONALES: 744444	
--	--	--	--


TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
APORTEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	COTIZANTE
\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 402.200		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 0		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 0	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	COTIZANTE
\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 402.200		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 0		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 0	

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	COTIZANTE
\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
APORTES	MORA	APORTES	MORA	APORTES	MORA
\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION: \$ 402.200		TOTAL APORTES A SALUD: \$ 0		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES: \$ 0	

Nº IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO DE COTIZANTE	SUFICIO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES	LIQUIDACION DETALLADA APORTES												
							PENSION					SEGURIDAD SOCIAL					PARRAFISCALES		
CC	Nº	NOVEDAD	ADMIN	IBCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	CCF	ADMIN	IBCF	ESAP	MINEDU	CCF	ADMIN	IBCF	ESAP	MINEDU	
1	020226143	CASTILLO ALENA	INDEPENDIENTE	\$ 2.513.434	UNICO	NO	230301	2.513.434	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	
SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:		SUB-TOTALES:	

TOTAL PAGADO: \$ 777.700

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

ACTA PARCIAL	2	
FECHA PRESENTE ACTA	07/04/2026	
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>	CO1.PCCNTR.9202240/2103	DE FECHA: 28/01/2026
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DEL COMPONENTE DIAGNÓSTICO DE LAS (ETV) EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA IDONEIDAD Y CALIDAD DE LAS MUESTRAS DURANTE TODO EL PROCESO DIAGNÓSTICO, ASEGURANDO LA APLICACIÓN ADECUADA DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS N° 26.	
CONTRATISTA	Clara Milena Niño Castillo	NIT:1026281143-5 C.C.:1026281143 C.C.:7169525
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Manuel Alfonso Medina Camargo	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL:	\$ 35.379.120,00
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 35.379.120,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: .
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N/A.
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS	
FECHA DE INICIACIÓN	30/01/2026	
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	29/08/2026	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	01-03-2026 al 31-03-2026	
RBPP N°	20250000034016	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2609 AÑO: 2026, 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 Clara Milena Niño Castillo 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° 6008379203 del mes (es) Marzo 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	\$ 35.379.120,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 5.054.160,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 5.222.632,00
Saldo por ejecutar	\$ 0,00	\$ 25.102.328,00
Sumas iguales	\$ 35.379.120,00	\$ 35.379.120,00

*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: 907059174	BANCO: BBVA Colombia	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-2026-008482-SALDPP**

Firma: 
Nombre: Clara Milena Niño Castillo
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.

CLARA MILENA NIÑO CASTILLO
CONTRATISTA