

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

PERIODO REPORTE: 01/04/2026 a 30/04/2026

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.9076919/1638

REGISTRO BPpP No.: 20250000034016

FECHA INICIACIÓN: 26/01/2026

FECHA TERMINACIÓN: 25/09/2026

CONTRATISTA: Maria Fernanda Uribe NovaINTERVENTOR: Manuel Alfonso Medina Camargo

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA AL PERSONAL MÉDICO Y ASISTENCIAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD, ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS EN EL MANEJO INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) N° 35.

ITEM	REPORTE DEL CONTRATISTA		REPORTE DEL INTERVENTOR			
	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.	Se realizó curso y se registró en primera cuenta con soporte de certificado	X			
2	Apoyo en la capacitación y asesoría del personal de salud encargado de la atención integral de personas afectadas o en riesgo por las Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis en los municipios asignados	Se realizó capacitación a 28 profesionales de la salud en arbovirosis, chagas, leishmania en el municipio de Miraflores el 23-04-2026. Se realizó capacitación individual a 8 profesionales en Leishmania, fiebre amarilla y chagas en los	X			Ver anexo 23 de informe componente clínico

		municipios de Tunja, coper, otanche, san jose de pare, miraflores y Moniquira.				
3	Apoyar la implementación del componente de atención integral de pacientes de la EGI ETV y Zoonosis en la entidad territorial y municipios asignados.	Se realizó capacitación a 28 profesionales de la salud en arbovirosis, chagas, leishmania en el municipio de Miraflores el 23-04-2026. Se realizó capacitación a 26 profesionales en Leishmania en los municipios de Tunja, coper, otanche, cubara y Moniquira.	X			
4	Apoyar la implementación de estrategias para el fomento y seguimiento de la adherencia a las guías y lineamientos de atención clínica integral de las ETV y zoonosis en articulación con las áreas de aseguramiento y prestación de servicios del departamento	Se realizó informe anexo 23 de MINSALUD para medición de adherencia a GPC DENGUE, anexo 14 y anexos 27.1 y 24.1. Se realizó revisión de historia clínica e indicación de tratamiento a 7 casos de leishmaniasis	X			
5	Apoyar al coordinador Departamental del programa de ETV, en la toma de decisiones para la implementación de las acciones de mejoramiento del acceso al diagnóstico y tratamiento para las Enfermedades Transmitidas por Vectores y zoonosis de acuerdo con los análisis epidemiológicos	Participación en grupo funcional y búsqueda de estrategias para mejorar la implementación de RIAS ETV.	X			
6	Proponer y recomendar planes de mejoramiento que conduzcan a garantizar una adecuada y oportuna atención a los pacientes diagnosticados con Enfermedades Transmitidas por Vectores y zoonosis	Citación de asistencia técnica acorde a plan de mejoría a municipio de Ventaquemada por fiebre amarilla	X			
7	Apoyar la generación de capacidades en el talento humano del SGSSS y equipos básicos en salud para la implementación de la RIAS de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y zoonosis.	Se realizó capacitación a 28 profesionales de la salud en arbovirosis, chagas, leishmania en el municipio de Miraflores el 23-04-2026. Se realizó capacitación individual a 8 profesionales en Leishmania, fiebre amarilla y chagas en los municipios de Tunja, coper, otanche, san jose de pare, miraflores y Moniquira.	X			
8	Participar en las reuniones de equipo funcional territorial de ETV y zoonosis y en los COVE presentando los informes actualizados	27/04/2026 COVE Departamental Link de conexión: https://msteams.link/3M56	X			

	correspondientes del componente de atención integral de pacientes de la EGI ETV y zoonosis.					
9	Participar en la inducción y reinducción del personal médico y paramédico, que este próximo a iniciar el servicio social obligatorio (SSO) en las instituciones prestadoras de servicios de salud del nivel municipal y Departamental	Se realizó capacitación a 28 profesionales de la salud en arbovirosis, chagas, leishmania en el municipio de Miraflores el 23-04-2026. Se realizó capacitación individual a 8 profesionales en Leishmania, fiebre amarilla y chagas en los municipios de Tunja, coper, otanche, san jose de pare, miraflores y Moniquira.	X			
10	Apoyo en la gestión de la atención integral de los grupos de riesgo para ETV (neonatos, embarazadas, menores de 1 año, comorbilidades y adultos mayores +65años).	Informe abordaje clínico arbovirosis enfocado en población de riesgo para manejo integral de paciente con Dengue.	X			
11	Apoyo en la Gestión y seguimiento del tamizaje para enfermedad de Chagas en gestantes en los municipios priorizados, certificados y en proceso de certificación dentro del marco del plan de certificación internacional de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas	Se realizó capacitación a 28 profesionales en Chagas en el municipio de Miraflores.	X			
12	Apoyo en la articulación entre aseguradoras, prestadores y entes territoriales para la dinamización de la atención integral de los pacientes con ETV	Citación de asistencia técnica acorde a plan de mejoría a municipio de Ventaquemada mortalidad por fiebre amarilla	X			
13	Presentar informes mensuales con los respectivos soportes y bases de datos establecidos por la Secretaria de Salud correspondientes a las actividades realizadas en los municipios asignados mensualmente, al Interventor y/o Supervisor designado por la Secretaria de Salud de Boyacá	Entrega de informe de anexo 23 componente clínico de Dengue y otras arbovirosis. Anexo 27.1 y 24.1 consolidado de medición de adherencia a la atención clínica de pacientes con dengue y anexo 14 consolidado fortalecimiento de capacidades componente clínico ETV.	X			
14	Apoyo para la operativización del equipo funcional interdisciplinario para implementar la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por vectores EGI – ETV en el departamento de Boyacá según conformación de la resolución 1164 de 3 de Junio de 2015	Grupo funcional 21/04/2026 asistencia	X			

15	Realizar seguimiento a prestadores y aseguradores en caso de casos de mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores de acuerdo a los lineamientos de vigilancia establecidos por el INS y el MSPS	Citación de asistencia técnica acorde a plan de mejoría a municipio de Ventaquemada mortalidad por fiebre amarilla	X			
16	Consolidar información y diligenciar informes solicitados por MSPS, INS SUPERSALUD y de ser requerido por los entes de control relacionados con el componente de atención integral de pacientes en formatos establecidos para ello.	Uso de instrumentos de evaluación de adherencia de casos atendidos en arbovirosis enviados por el MSPS. Apoyo generación de informe IV trimestre a plan de mejoría SUPERSALUD.	X			
17	Apoyar investigación operativa de interés Departamental con: OMS/ OPS, Instituto Nacional de Salud y/o Ministerio de Salud y Protección Social y demás entidades que hacen parte del programa de ETV	Plan Nacional de Eliminación de la Enfermedad de Chagas 07-04-2026 Generalidades subprograma arbovirosis y explicación anexos técnicos subprograma arbovirosis_2026-2027 10-04-2026 Plan Nacional de Eliminación de la Fiebre Amarilla de brotes Urbanos 14-04-2026 SEGUNDA REUNIÓN ESTUDIOS DE FOCO LC EN MENORES DE 10 AÑOS 20-04-2026 Asistencia en reunión anual componente clínico 28, 29 y 30 de abril en MINSALUD programa de enfermedades transmisibles				

Firma: _____

Nombre: Manuel Alfonso Medina Camargo
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Radicado No. **S-2026-011545-SALDPP**

Firma: _____

Nombre: Maria Fernanda Uribe Nova
CONTRATISTA

S-2026-011545-SALDPP

MARIA FERNANDA

URIBE NOVA

CONTRATISTA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1090383734	MARIA FERNANDA URIBE NOVA		calle 45 # 4 - 79	7458626	mafitauribe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOYACÁ	TUNJA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77770345	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.025.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	414.300	0		0		0	0	0	0	414.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	530.200	0	0	0	0	0	0		530.200	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	80.800				80.800	0	0	80.800			808	80.800	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	414.300	414.300
Pensión	1	530.200	530.200
Riesgos Laborales	1	80.800	80.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.025.300	1.025.300

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

ACTA PARCIAL	4	
FECHA PRESENTE ACTA	06/05/2026	
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>	CO1.PCCNTR.9076919/1638	DE FECHA: 23/01/2026
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA AL PERSONAL MÉDICO Y ASISTENCIAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD, ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS EN EL MANEJO INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) N° 35.	
CONTRATISTA	Maria Fernanda Uribe Nova	NIT:1090383734-9 C.C:1090383734 C.C:7169525
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Manuel Alfonso Medina Camargo	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL:	\$ 42.897.600,00
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0.00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0.00
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 42.897.600,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: .
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N/A.
PLAZO TOTAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS	
FECHA DE INICIACIÓN	26/01/2026	
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	25/09/2026	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	01/04/2026 a 30/04/2026	
RBPP N°	20250000034016	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2036 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 Maria Fernanda Uribe Nova 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° 77770345 del mes (es) abril 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	\$ 42.897.600,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 5.362.200,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 11.618.100,00
Saldo por ejecutar	\$ 0,00	\$ 25.917.300,00
Sumas iguales	\$ 42.897.600,00	\$ 42.897.600,00

*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.

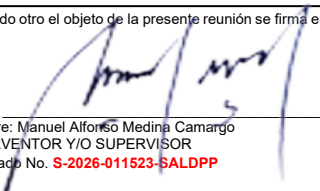
CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 616816385	BANCO: Banco de Bogotá	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-2026-011523-SALDPP**

Firma: 
Nombre: Maria Fernanda Uribe Nova
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.

MARIA FERNANDA URIBE NOVA
CONTRATISTA