

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

PERIODO REPORTE: DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 27 DE DICIEMBRE DE 2025

CONTRATO No. 3094

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0343-A1

FECHA INICIACIÓN:08/10/2025

FECHA TERMINACIÓN: 27/12/2025

CONTRATISTA: Jairo Herrera RodriguezINTERVENTOR: Manuel Alfonso Medina Camargo

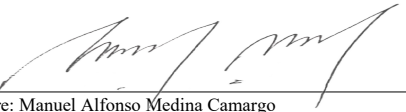
**OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA DEL PERSONAL MEDICO Y ASISTENCIAL DE INSTITUCIONES DE SALUD, ENFOCADOS EN EL MANEJO INTEGRAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES N°. 34**


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 <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/eva_/curso-integridad">https://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/eva_/curso-integridad</a> y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución.	Se realizo curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción establecido por la funcion publica.	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 con énfasis en Malaria, en los municipios asignados.	Se realizo Capacitacion y asesoria del personal de salud encargado de la atencion integral de personas afectadas o en riesgo por ETV y zoonosiscon énfasis en malaria en forma presencial durante los dias 11,12 y 13 de Diciembre en el municipio de Cubara.	X			
3	Apoyar la implementación del componente de atención integral de pacientes de las ETV con énfasis en Malaria y Zoonosis en la entidad territorial y municipios asignados.	Apoyo a la implementación del componente de atención Integral de pacentes de las ETV con énfasis en malaria en el municipio de Cubara	X			

4	Apoyar la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud de las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores con énfasis en Malaria y zoonosis en el Departamento y municipios asignados.	Se realizo Apoyo a la implementación de Rutas integrales de Atención en salud de las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores con énfasis en malaria y zoonosis del municipio de Cubara de forma presencial durante los días 11,12 y 13 de Diciembre.	X			
5	Apoyar las estrategias para el fomento y seguimiento de la adherencia a las guías y lineamientos de atención clínica integral de las ETV con énfasis en Malaria y zoonosis en el departamento y municipio asignados.	Se realizo apoyo a las estrategias para el fomento y seguimiento de la adherencia a las guías y lineamientos de atención clínica integral de las ETV con énfasis en Malaria, en el municipio de Cubará de forma presencial durante los días 11,12 y 13 de Diciembre.	X			
6	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 realizados en Cubará	Apoyo 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 realizados en Cubará	X			
7	Proponer y recomendar planes de mejoramiento que conduzcan a garantizar una adecuada y oportuna atención a los pacientes diagnosticados con Enfermedades Transmitidas por Vectores con énfasis en Malaria	Recoleccion y analisis de información para proponer planes de mejoramiento que garanticen una adecuada y oportuna atención a los pacientes diagnosticados con Enfermedades Transmitidas por Vectores con énfasis en malaria	X			
8	Apoyar la generación de capacidades en el talento humano del SGSSS para la implementación de la RIAS de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores con énfasis en Malaria y zoonosis.	Se realizo socializacionde RIAS de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores con énfasis en malaria de forma presencial durante los dias 11,12 y 13 de Diciembre en el municipio de Cubara.	X			
9	Participar en las reuniones de equipo funcional territorial de ETV y zoonosis y en los COVE presentando los informes actualizados correspondientes del componente de atención integral de pacientes de la EGI ETV y zoonosis para el municipio de Cubará	Participación en reunion de equipo funcional terrtrial de ETV y zoonosis y en el COVE del mes de Octubre	X			

10	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 (cubará) y Departamental.	Se realizo inducción y reinducción del personal medico y paramedico proximos a iniciar el servicio social obligatorio (SSO) en las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Cubara de forma presencial durante los dias 11,12 y 13 de Diciembre,	X			
11	Apoyo en la gestión de la atención integral de los grupos de riesgo para ETV (neonatos, embarazadas, menores de 1 año, comorbilidades y adultos	Apoyo en la gestión integral de los grupos de riesgo para ETV.	X			
12	Apoyo en la Gestión y seguimiento del tamizaje y suministro de tratamientos para enfermedad de Chagas en gestantes en los municipios priorizados, y en proceso de certificación dentro del marco del plan de certificación internacional de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas en el municipio de cubara	Seguimiento del tamizaje y suministro de tratamientos para enfermedad de Chagas en gestantes del municipio de Cubara dentro del marco del plan de certificación internacional de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas	X			
13	Apoyo en la articulación entre aseguradoras, prestadores y entes territoriales para la dinamización de la atención integral de los pacientes con ETV	se realizo reunión de articulacion intersectorial entre aseguradoras, prestadores y entes territoriales para la dinamizacion de la atencion integral de los pacientes se durante los días 11,12 y 13 de Diciembre de manera presencial en el municipio de Cubara	X			
14	Presentar informes mensuales con los respectivos soportes y bases de datos establecidos por la secretaria de Salud y correspondientes a las actividades realizadas en los municipios asignados mensualmente, al Interventor y/o Supervisor designado por la secretaria de Salud de Boyacá.	Elaboración y presentacion de informes mensuales al supervisor con los respectivos soportes correspondientes a las actividades realizadas mensualmente	X			
15	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 y realizar de manera continua y oportuna el cargue de información de actividades al aplicativo de ETV para mantener actualizada la información de las acciones adelantadas en los municipios asignados de acuerdo a los lineamientos del programa.	Analis de datos recolectados en campo del personal de ETV.	X			

<p><b>16</b></p>	<p>Apoyo para la operativización y reactivación 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</p>	<p>Participación en grupo funcional del mes de Diciembre</p>	<p><b>X</b></p>			
<p><b>17</b></p>	<p>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</p>	<p>Apoyo en investigación operativa de interes depratamental del programa de ETV</p>	<p><b>X</b></p>			

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

Firma:   
 Nombre: Jairo Herrera Rodriguez  
 CONTRATISTA

Radicado No. **S-2026-000587-SALDPP**

**JAIRO HERRERA**  
**RODRIGUEZ**  
 CONTRATISTA



	<b>FORMATO</b>	<b>VERSIÓN: 0</b>
		<b>CÓDIGO: A-AD-GC-F-034</b>
<b>ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN</b>		<b>FECHA: 24/Jul/2019</b>

FECHA PRESENTE ACTA	ENERO DE 2026	
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>	No. 3094	DE FECHA: 08/09/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA DEL PERSONAL MEDICO Y ASISTENCIAL DE INSTITUCIONES DE SALUD, ENFOCADOS EN EL MANEJO INTEGRAL DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES N° 34	
CONTRATISTA	Jairo Herrera Rodriguez	NIT:9635947-8
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Manuel Alfonso Medina Camargo	C.C:9635947 C.C:7169525
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	\$ 13.882.744,00
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 13.882.744,00
PLAZO INICIAL	DOS (2) MESES Y VEINTE (20)DÍAS	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha:
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha:
PLAZO TOTAL	DOS (2) MESES Y VEINTE (20)DÍAS	
FECHA DE INICIACIÓN	08/10/2025	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N° <b>Error!</b>	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	27/12/2025	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 27 DE DICIEMBRE DE 2025	
RBPP N°	2024 00415 0343-A1	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 7170 AÑO: 2025, 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 Jairo Herrera Rodriguez 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° 4635079092 del mes (es) DICIEMBRE 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 o convenio	\$ 13.882.744,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 4.685.426,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 9.197.318,00
Saldo por ejecutar ( Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
<b>Sumas iguales</b>	\$ 13.882.744,00	\$ 13.882.744,00

*\*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: 45320303552	BANCO: Bancolombia 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

Firma:   
Nombre: Jairo Herrera Rodriguez  
CONTRATISTA

Radicado No. **S-2026-000588-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.

**JAIRO HERRERA RODRIGUEZ**  
CONTRATISTA

 <b>Gobernación de Boyacá</b>	<b>FORMATO</b>	<b>VERSIÓN: 0</b>
		<b>CÓDIGO: GN-I06-F01</b>
<b>CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN</b>		<b>FECHA: 04/10/2016</b>

Fecha: 27 de enero de 2026	Secretaría: <b>SECRETARÍA DE SALUD.</b>	Dependencia: DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	
Nombre de Solicitante Jairo Herrera Rodriguez	Extensión: NA	Cargo: CONTRATISTA	Email: oirajhr@hotmail.com
Nombre de Usuario Jairo Herrera Rodriguez	Extensión: NA	Cargo: CONTRATISTA	Email: oirajhr@hotmail.com

<b>ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN</b>		
<b>No.</b>	<b>Registro de Certificación</b>	<b>Estado</b>
1	Sistema: Certificado Quyne Jairo Herrera Rodriguez  ID Usuario <b>JAIRO.HERRERA</b>  Fecha: 27 de enero de 2026	Documentos Pendientes: 0



**CAMILO ANDRES DELGADO PRIETO**  
SECRETARIO DE TIC Y GOBIERNO ABIERTO (E)

