S-2026-017056-SALDPP

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

PERIODO REPORTE: DEL 1 DE JUNIO DEL 2026 AL 30 DE JUNIO DEL 2026

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8915931/0928

REGISTRO BPyP No.: 202500000034016

FECHA INICIACIÓN:20/01/2026

FECHA TERMINACIÓN: 19/09/2026

CONTRATISTA: Carlos Fernando Cely Lopez

INTERVENTOR: Maritza Rocio Lobaton Piñeros

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ENTOMOLÓGICA DEL PROGRAMA DE (ETV), QUE COMPRENDE LA ADMINISTRACIÓN, VALIDACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DEL APLICATIVO DE RECOLECCIÓN EN CAMPO, ASÍ COMO EL APOYO EN LA GENERACIÓN DE INFORMES ORIENTADOS A FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y EFECTIVIDAD DE LAS

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓNDE 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 dio cumplimiento a las obligaciones contractuales relacionadas con la realización y aprobación de los cursos obligatorios de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, Inducción a la Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y demás capacitaciones institucionales requeridas. Los certificados obtenidos fueron entregados oportunamente y cargados en las plataformas establecidas por la entidad.	**X**			
2	Apoyo en la realización de encuestas, muestreos entomológicos y ejecución de actividades de promoción, prevención y control físico de acuerdo a los protocolos vigentes en áreas asignadas según situación entomológica y epidemiológica de las ETV	Se actualizó los registros de Puestos de Recolección de Triatominos Comunitarios (PRTC), verificando los puestos activos a la fecha, realizando seguimiento a su funcionamiento e instalación, con el fin de identificar las zonas pendientes de cobertura y fortalecer la vigilancia entomológica en el departamento. Se realizó actualizacion y seguimiento a los registros de	**X**			**PRTC** https://docs.google.com/spreadsheets/d/1GI6dt7GLCFKH82WYUK_tmxm1brD2VpXw/edit?usp=sharing&ouid=100748405069242858525&rtpof=true&sd=true

		los municipios programados para la ejecución de encuestas entomológicas y actividades de vigilancia de arbovirosis, consolidando la información generada en campo la información actualizada fue integrada a los consolidados de Información, Educación y Comunicación (IEC) y a los registros de seguimiento de actividades del programa, para una mejor trazabilidad de las acciones ejecutadas en los municipios priorizados.				**Encuestas entomologicas 2026** https://docs.google.com/spreadsheets/d/1bHkNYa8XAsDb2oNM9zz09yfBfmviWU8i/edit?usp=sharing&ouid=100748405069242858525&rtpof=true&sd=true
3	Apoyo a la consolidación de información derivada del programa de enfermedades trasmitidas por vectores dentro de su plan regular y demás estrategias, planes y programas adelantados durante la vigencia	Apoyó el diligenciamiento del Anexo 22 correspondiente al reporte mensual de las acciones adelantadas en la estrategia de Manejo Integrado de Vectores (MIV) para arbovirosis a nivel municipal, consolidando la información reportada por los municipios sobre las acciones de promoción, prevención y control desarrolladas durante el periodo, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	**X**			**ANEXO 22** https://drive.google.com/file/d/1oQZvw0NZkrM2aGvlZUhYWyHDvouyoclD/view?usp=sharing
4	Apoyo al levantamiento de líneas de base y seguimiento de indicadores entomológicos, demográficos, sociales y ambientales de los municipios con riesgo para la transmisión de enfermedades por vectores en el departamento de Boyacá.	Ser consolidó información técnica derivada de las diferentes actividades desarrolladas por el Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, como insumo para la elaboración de informes internos, reportes institucionales y seguimiento a las acciones ejecutadas durante el periodo. Actualizó y verificó las bases de datos utilizadas por el programa, validando la consistencia y calidad de la información registrada para facilitar el seguimiento de las intervenciones y la generación de reportes técnicos.	**X**			**CONSOLIDADO ACTIVIDADES** https://docs.google.com/spreadsheets/d/18qWEx1xVNNn8hyyaqIYFjzdf16q6zLuM/edit?usp=sharing&ouid=100748405069242858525&rtpof=true&sd=true
5	Apoyo en la consolidación y actualización de bases de datos que hacen parte derivada del programa de enfermedades trasmitidas por vectores dentro de su plan regular y demás estrategias, planes y programas adelantados durante la vigencia.	Se brindo apoyo y acompañamiento en las reuniones de trabajo para la revisión y ajuste de los estudios previos, atendiendo las observaciones y orientaciones impartidas por la Dirección de Contratación, con el propósito de fortalecer la estructuración técnica de los procesos contractuales. Apoyó la elaboración del informe de gestión financiera del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis, verificando la ejecución de los recursos de inversión y funcionamiento mediante la revisión de los Certificados de Programación Presupuestal (CPP) y la validación de la información registrada en la plataforma PCT, consolidando los recursos comprometidos para la elaboración del informe financiero.	**X**			

S-2026-017056-SALDPP

		Se brinda apoyo en la consolidación y actualización de los registros de las acciones adelantadas en los municipios en riesgo. Así mismo, se realiza la actualización de las bases de datos de las intervenciones ejecutadas para el control de la enfermedad de Chagas, en el marco de las acciones del plan regular y del proceso de certificación.				
6	Apoyo en la consolidación de información producto de las intervenciones y elaboración de informes de municipios con acciones en la promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores en el Departamento de Boyacá	Se brinda apoyo en la consolidación y actualización de los registros de las acciones de control integral realizadas en los municipios en riesgo, con el fin de identificar los sectores intervenidos y las actividades adelantadas en el departamento de Boyacá. Así mismo, se realiza la actualización de las bases de datos y la depuración de la información correspondiente a encuestas de factores de riesgo, evaluaciones post intervención de Chagas, así como el consolidado de acciones de información, educación y comunicación (IEC) y de control. Estas actividades permiten organizar y consolidar la información de las acciones ejecutadas durante el primer trimestre, como insumo para la elaboración de informes. Apoyo en la consolidación de la información correspondiente a las actividades ejecutadas durante el primer trimestre de la vigencia, con destino a la presentación de avances ante el Consejo Departamental.	**X**			
7	Apoyo en la elaboración de mapas unificados, consolidación de información como insumo para informes internos y externos de las localidades y municipios intervenidos dentro de los programas adelantados por el programa de control de enfermedades transmitidas por vectores	Se actualizó el mapa de intervenciones para leishmaniasis en los municipios de la provincia de Occidente del departamento de Boyacá, incorporando la información correspondiente a las actividades desarrolladas en el municipio de Otanche, relacionadas con el control químico, el seguimiento de casos y las demás intervenciones realizadas por el programa. Se actualizó el mapa de riesgo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) del departamento de Boyacá, incorporando la información correspondiente a los municipios con riesgo por cada una de las patologías objeto de vigilancia, como herramienta para la priorización y planeación de las intervenciones del programa.	**X**			**OTANCHE - LEISHMANIASIS** https://www.google.com/maps/d/u/6/edit?mid=1Z5fsn4mW0iZhotFX1M3M-9CR9Pdznjk&usp=sharing **MAPA pdf Otanche** https://drive.google.com/file/d/1-iSqarLE-zE99Cd1TeITKg9544cppKEL/view?usp=sharing **MAPA RIESGO ETV** **https://docs.google.com/presentation/d/1RI4dO0wga1WH9B2NDgWSS-UlY8J--sna/edit?usp=sharing&ouid=100748405069242858525&rtpof=true&sd=true**

8	Apoyo actividades propias para 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.) en municipios con riesgo para la transmisión.	Se apoyó la implementación de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC) mediante la orientación y el acompañamiento permanente al personal técnico del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), brindando lineamientos para la correcta ejecución de las acciones de vigilancia, promoción, prevención y control integral en los municipios priorizados. Asimismo, se proporcionó información sobre el adecuado diligenciamiento de los formatos institucionales vigentes, la aplicación de los instrumentos correspondientes según el tipo de actividad desarrollada en campo y el correcto registro de la información de interés en salud pública, garantizando la calidad, oportunidad y estandarización de los datos recolectados durante las intervenciones.	**X**			
9	Aplicar y usar racionalmente los insumos críticos suministrados por el programa de enfermedades transmitidas por vectores para la atención oportuna y eficiente en el control vectorial utilizando adecuadamente los elementos de protección personal suministrados por el contratista	Durante este periodo no fue necesario el uso de insumos críticos; sin embargo, se recibieron elementos de protección personal y equipos de trabajo en campo por parte del programa, como maletines entomológicos, necesarios para el desarrollo de actividades de entomología e intervenciones químicas en municipios en riesgo.	**X**			
10	Apoyar investigación operativa de interés Departamental y demás entidades que hacen pate del programa de ETV.	Asistió al Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) Departamental, donde se socializó el comportamiento epidemiológico de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en el departamento de Boyacá, así como las acciones de vigilancia, prevención y control integral adelantadas por el equipo profesional y técnico del programa. Apoyó la actualización técnica del proceso de adquisición de pinturas insecticidas mediante el ajuste de los estudios previos, la actualización del análisis de la oferta y la demanda, la revisión de las especificaciones técnicas y el fortalecimiento de la justificación técnica que soporta la adquisición de estos insumos para las actividades de control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. Apoyó la elaboración de un oficio dirigido a la Secretaría de Contratación, mediante el cual se solicitaron lineamientos técnicos para el suministro de pinturas insecticidas dentro del proceso de Solicitud de Información a Proveedores (RFI), con el fin de fortalecer el proceso de adquisición de estos insumos destinados	**X**			**EP PINTURAS** https://docs.google.com/document/d/1AOsyleFqIKXQVeLumm9EhqcXc_W6STYC/edit?usp=sharing&ouid=100748405069242858525&rtpof=true&sd=true **OFICIO CONTRATACION** **https://docs.google.com/document/d/1spOx04Xr5JweH4qKkroe5y5hFhq7TZle/edit?usp=sharing&ouid=100748405069242858525&rtpof=true&sd=true**

S-2026-017056-SALDPP

		a las acciones de control de las enfermedades transmitidas por vectores en los municipios priorizados. Participación en la jornada informativa sobre los lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la fiebre amarilla, desarrollada con fundamento en la Resolución 691 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, fortaleciendo los conocimientos técnicos relacionados con la implementación de las acciones establecidas durante la emergencia sanitaria.				
11	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	Se brinda soporte técnico de manera semanal mediante el uso de dispositivos móviles para la captura en campo y equipos de cómputo para el procesamiento de la información, realizando seguimiento al cargue de datos desde los diferentes dispositivos del personal operativo. Durante este proceso, se verifica y valida el correcto registro en el aplicativo institucional, asegurando que la información recolectada en Epicollect se encuentre completa y actualizada. Esta actividad permite contar con bases de datos confiables para el análisis técnico y la toma de decisiones por parte de la coordinación departamental.	**X**			
12	Presentar informes y soportes correspondientes a cada actividad realizada en los municipios priorizados en las acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores al supervisor designado por la Secretaria de Salud de Boyacá.	Se elaboró y presentó el informe mensual de actividades, junto con los soportes correspondientes a las acciones desarrolladas en los municipios priorizados para la promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), dando cumplimiento a las obligaciones contractuales y facilitando al supervisor designado por la Secretaría de Salud de Boyacá el seguimiento y verificación de las actividades ejecutadas durante el periodo informado.	**X**			
13	Realizar uso adecuado y mantenimiento de los elementos, equipos asignados para la ejecución de actividades de prevención y control de las ETV, haciendo devolución en óptimas condiciones de funcionamiento y presentación al personal designado	Se dio estricto cumplimiento al numeral contractual referente al uso adecuado, custodia y mantenimiento de los elementos y equipos asignados para las actividades de prevención y control de ETV. Durante el periodo reportado, se garantizó el buen estado de los activos existentes, bajo estándares de responsabilidad administrativa. en el periodo no se realizaron mantenimientos técnicos, se mantienen activos los protocolos de preservación y cuidado, asegurando que ante cualquier futura asignación o requerimiento.	**X**			
14	Apoyo en la actualización, edición y análisis de plataforma web para el registro, consolidación y tabulación de información de actividades desarrolladas en los municipios en riesgo en tiempo real en	Se apoyó la actualización, administración, edición y análisis de la plataforma web utilizada para el registro, consolidación, tabulación y procesamiento de la información generada durante las actividades de vigilancia, promoción, prevención y control de las	**X**			

	campo; procesando variables epidemiológicas y entomológicas dentro de las bases de datos del programa de ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en los municipios priorizados. De igual manera, se verificó el correcto diligenciamiento de los formatos institucionales y el uso de las versiones vigentes por parte del equipo operativo, fortaleciendo la confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento y la toma de decisiones.				
15	Apoyo en la asistencia técnica, capacitación y asesoría en el manejo de la herramienta web utilizada y procesamiento de datos de datos al personal del programa de enfermedades transmitidas por vectores y del área de salud de promoción y prevención según necesidad.	Se brindó asistencia técnica, acompañamiento y apoyo permanente al personal del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en el manejo de la plataforma web utilizada para el registro, procesamiento y análisis de la información. Asimismo, de manera continua se orientó al equipo en el correcto diligenciamiento de los formularios y proyectos digitales diseñados para la recolección de datos en campo y la georreferenciación de viviendas de interés en salud pública, garantizando la calidad, consistencia y oportunidad de la información registrada en las bases de datos institucionales y fortaleciendo el adecuado uso de las herramientas tecnológicas implementadas por el programa.	**X**			
16	Apoyo en la consolidación de información técnica necesaria para la proyección y elaboración de estudios, proyectos, planes y programas que hacen parte del programa de enfermedades transmitidas por vectores del departamento de Boyacá	Se apoyó la consolidación de la información técnica requerida mediante la actualización semanal del consolidado de los registros correspondientes a las acciones de control integral ejecutadas por el personal técnico en los municipios priorizados. Esta actividad se realizó al inicio de cada semana con el propósito de proporcionar a los supervisores una herramienta para el seguimiento al cumplimiento de las programaciones semanales, verificar el avance de las intervenciones desarrolladas en los municipios en riesgo y promover que el personal mantuviera oportunamente actualizados los registros de las actividades ejecutadas, fortaleciendo el control, la trazabilidad y la calidad de la información generada por el Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores.	**X**			

Firma: _____
Nombre: Maritza Rocio Lobaton Piñeros
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: Carlos Fernando Cely Lopez
CONTRATISTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ	CALLE 17A No.14A - 28	3103057586	cafe0916@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92257746	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$508.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7180369	CARLOS FERNANDO CELY LOPEZ		CALLE 17A No.14A - 28	3103057586	cafe0916@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92257746	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 7180369	CELY LOPEZ CARLOS FERNANDO	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

S-2026-017058-SALDPP

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

ACTA PARCIAL	6	
FECHA PRESENTE ACTA	30/06/2026	
CONTRATO __X___ CONVENIO ____	CO1.PCCNTR.8915931/0928	DE FECHA: 16/01/2026
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ENTOMOLÓGICA DEL PROGRAMA DE (ETV), QUE COMPRENDE LA ADMINISTRACIÓN, VALIDACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS DEL APLICATIVO DE RECOLECCIÓN EN CAMPO, ASÍ COMO EL APOYO EN LA GENERACIÓN DE INFORMES ORIENTADOS A FORTALECER LA OPORTUNIDAD Y EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES DE CONTROL INTEGRAL N° 9.	
CONTRATISTA	Carlos Fernando Cely Lopez	NIT:7180369-9 C.C:7180369
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Maritza Rocio Lobaton Piñeros	C.C:33377107
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL: $ 33.849.920,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO: $ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 33.849.920,00	
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	20/01/2026	
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	19/09/2026	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A.	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**DEL 1 DE JUNIO DEL 2026 AL 30 DE JUNIO DEL 2026**	
RBPP N°	202500000034016	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **1360** AÑO: **2026**, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, Maritza Rocio Lobaton Piñeros Interventor / Supervisor y el señor Carlos Fernando Cely Lopez 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° **92257746** del mes (es) **JUNIO** 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	$ 33.849.920,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.231.240,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 18.476.411,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 11.142.269,00
Sumas iguales	$ 33.849.920,00	$ 33.849.920,00

**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: 488438447747	BANCO: Banco Davivienda 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: Maritza Rocio Lobaton Piñeros
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR
Radicado No. S-2026-017058-SALDPP

Firma: _____
Nombre: Carlos Fernando Cely Lopez
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.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor