



ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO No. 1631 DE 2026-07-31

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
MODALIDAD DE CONTRATO	CONTRATACIÓN DIRECTA
OBJETO	DESARROLLAR VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA, CONTROL VECTORIAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA, ORIENTADAS A LA MITIGACIÓN DE LAS ARBOVIROSIS (DENGUE) EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) DEL SUBPROGRAMA ARBOVIROSIS (DENGUE) DEL MUNICIPIO DE YOPAL AREA URBANA (COMUNA I,II,III,IV,V,VI,VII) Y AREA RURAL (93 VEREDAS DE LOS 11 CORREGIMIENTOS).
CONTRATISTA	MISLEDY RINCON SANDOVAL
NIT DEL CONTRATISTA	23794461-2
RÉGIMEN	No responsable de IVA
VALOR	10.440.000,00
PLAZO	Tres (3) MESES Y Veintiseis (26) DIAS
SUPERVISOR(ES)	YEIMY YISED AVILA TORRES - PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
INTERVENTOR(ES) CONTRATO	
FECHA DE INICIACIÓN	2026-07-31
FECHA DE TERMINACIÓN	2026-11-25
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE YOPAL (CASANARE)
ÁREA RESPONSABLE	SECRETARIA DE SALUD

En la ciudad de Yopal, a los Treinta y Uno(31) días del mes de Julio de 2026 en la Alcaldía de Yopal, se reunieron, YEIMY YISED AVILA TORRES, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y MISLEDY RINCON SANDOVAL, identificado(a) con CÉDULA CIUDADANÍA No. 23794461 de PAZ DE ARIPORO, como CONTRATISTA, con el objeto de suscribir el acta de inicio del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. 1631 suscrito el 2026-07-31 en virtud del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución descritos en la(s) cláusula(s) No 14 del contrato.

SOPORTE JURÍDICO

El contratista presentó la garantía única exigida en el contrato, según lo estipulado en la CLÁUSULA 7: GARANTÍAS, debidamente aprobadas por la Oficina Asesora de Jurídica del Municipio, constituidas así:

COMPañIA ASEGURADORA	NO. PÓLIZA	AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	FECHA APROBACION	VALOR ASEGURADO
-	-	-	-	-	-	-

SOPORTES FINANCIEROS

CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	FECHA	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1400.40.5.2026 - 1823	2026-07-28	2.3.2.02.02.009.19.02.3 9	SGP Salud Salud pública	\$20.880.000,00

RP (REGISTRO PRESUPUESTAL)

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
NUMERO RP	FECHA RP	CÓDIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
1400.40.10.2026 - 3124	2026-07-31	2.3.2.02.02.009.19.02.39	SGP Salud Salud pública	\$10.440.000,00

ANTICIPO (SEGÚN EL CASO)



ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CONTRATO No. 1631 DE 2026-07-31

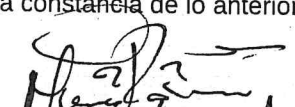
Para los contratos con anticipos, este se debe manejar en cuenta conjunta o en cuenta separada de ENTIDAD BANCARIA a nombre de. (Adjuntar Certificación).

DESCRIPCIÓN	VALOR ANTICIPO
Anticipo -	-

ACUERDAN:

1. Dar inicio del contrato No. 1631 del 2026-07-31.
2. (*Diligenciar este campo sólo si aplica*) El presente contrato hace parte del convenio Interadministrativo No. ____ de ____ celebrado entre la Alcaldía de Yopal y ____ cuyo objeto es ____.
3. Los demás acuerdos que establezcan las partes, siempre y cuando no modifiquen el contrato.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta por los que en ella intervinieron:


MISLEDY RINCON SANDOVAL
CONTRATISTA

INTERVENTOR


YEMY YISID AVILA TORRES
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

CARGO OPCIONAL



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MISLEDY RINCON SANDOVAL identificado con CC. 23794461 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	ALCALDIA MUNICIPAL DE YOPAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 891855017

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/08/01	Fecha inicio contrato	2026/07/31
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/11/27
Riesgo	4	Código actividad económica	4812901 - Otras actividades de limpieza de edificios e instalaciones industriales, incluye actividades de desinfección y
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/11/27	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 31 días del mes de julio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC31072026N23794461A20622495**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**



Alcaldía Municipal
de Yopal

COMPROMISO / REGISTRO PRESUPUESTAL

TRD. No. 1400.40.10.2026 - 3124
MUNICIPIO YOPAL
NIT. 891.855.017-7

No CONSECUTIVO REGISTRO PRESUPUESTAL:	26 - 3124
FECHA REGISTRO PRESUPUESTAL:	31/07/2026
TERCERO / BENEFICIARIO:	MISLEDY RINCON SANDOVAL
	NIT/CC 23794461
CONDICION:	VA Vigencia actual
No CDP:	1631.2026
ADICIONAL:	1631.2026
FECHA No SOPORTE	31/07/2026
DEPENDENCIA CDP:	SECRETARIA DE SALUD
OBJETO:	DESARROLLAR VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA, CONTROL VECTORIAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD PÚBLICA, ORIENTADAS A LA MITIGACIÓN DE LAS ARBOVIROSIS (DENGUE) EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) DEL SUBPROGRAMA ARBOVIROSIS (DENGUE) DEL MUNICIPIO DE YOPAL AREA URBANA (COMUNA I,II,III,IV,V,VI,VII) Y AREA RURAL (93 VEREDAS DE LOS 11 CORREGIMIENTOS).

Se expide el REGISTRO PRESUPUESTAL con cargo al presupuesto de Ingresos y Gastos del MUNICIPIO DE YOPAL para la vigencia Fiscal 2026 Asi:

PRESUPUESTO									
RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	FUENTE DE FINANCIACIÓN	CPC DANE	BPIN	EC	CUIN	VALOR		
2.3.2.02.02.009.19.02.39	Salud Pública (PIC) Servicio de gestión del riesgo para abordar situaciones endemo-epidémicas	1.2.4.2.02	SGP Salud Salud pública	91122	2024850010048		10.440.000,00		
Total:							10.440.000,00		

Elaborado por:

Revisado por:

MARIA EUGENIA DIAZ SANDOVAL
PROFESIONAL UNIVERSITARIO



**CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN DE INGRESO**

DATOS DEL TRABAJADOR

Fecha 16/07/2024
Nombre RINCON SANDOVAL MISLEDY
Documento 23794461
Empresa ESE SALUD YOPAL
Cargo AUXILIAR



EXAMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

Esplometría	Optometría	Glicemia	Koh	Coproológico	HCG	ECG
Audiometría	Cuadro Hemático	Serología	Frotis de garganta	Baciloscopia	RX de columna	
Visiometría	Perfil lipídico	Parcial de Orina	Cultivo de garganta	Hemoclasiificación	RX de tórax	
Transaminasas	Bun	Creatinina	Abuso de drogas	Alcohol en saliva	Ex. psicofisiométrico	

Otros exámenes

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

OBSERVACIONES

TRABAJO ESPECIALES

NA

RECOMENDACIONES

Ocupacionales	Médicas	Vigilancia Epidemiológica	Hábitos	Restricciones
☒ Uso elementos Protección Personal ☒ Seguir Protocolos de Seguridad ☒ Uso de corrección óptica próxima ☒ Pausas activas ☒ Protección UV	☒ VALORACIÓN EPS ☒ Consulta Externa	☒ Incluir PVE Visual ☒ Incluir PVE Ergonómico	☒ Actividad Física 3 veces por semana ☒ Buena Postura ☒ Dieta hipograsa, hipoglúcida, baja en harinas y sal	

Otras recomendaciones: CONTROL POR OPTOMETRIA, PROTECCION OCULAR UV.

Misledy Rincon
RINCON SANDOVAL MISLEDY
TRABAJADOR



Carlos Eduardo Lopez Casallas
CARLOS EDUARDO LOPEZ CASALLAS
LIC S.O 0848-20

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. De Oficio ☐ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		4. Contribución solidaria SI ☐ No ☒	
5. Tipo de Afiliado A. Contante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS)			
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Arcon</u> Segundo Apellido: <u>Sandoval</u> Primer Nombre: <u>Mrsledy</u> Segundo Nombre: <u></u>							
9. Tipo de documento de identidad: <u>CI</u>		10. Número del documento de identidad: <u>23494461</u>		11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐		12. Sexo identificación F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	
13. Nacionalidad: <u>Colombiana</u>		14. Lugar de nacimiento: <u>Medellín</u> País: <u>Colombia</u> Departamento: <u>Caldas</u> Municipio: <u>Tarandol</u>		15. Fecha de nacimiento: <u></u>			
16. Datos Personales							
16. Etnia: <u></u>		17. Comunidad: <u></u>		18. Discapacidad SI ☐ No ☒		19. Tiene encuesta SISBEN: <u>No</u>	
20. Clasificación SISBEN: <u></u>		21. Grupo de población especial: <u></u>		22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: <u></u>		23. Administradora de Pensiones: <u></u>	
24. Ingreso base de cotización - IBC: <u>\$1.750.905</u>		25. Tarifa Contribución Solidaria: <u></u>		26. Residencia Dirección: <u></u>			
27. Teléfono Celular: <u>322 890 6631</u>		28. Correo Electrónico: <u>mrsledy78@gmail.com</u>		29. Teléfono Fijo: <u></u>			
30. Departamento: <u>Caldas</u>		31. Municipio / Distrito: <u>Medellín</u>		32. Localidad / Corregimiento: <u></u>		33. Zona: <u>Cabeza Municipal</u> ☒ Rural Dispersa ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐	
34. Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
35. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u></u> Segundo Apellido: <u></u> Primer Nombre: <u></u> Segundo Nombre: <u></u>		36. Tipo de documento de identidad: <u></u>		37. Número del documento de identidad: <u></u>		38. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	
39. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		40. Nacionalidad: <u></u>		41. Lugar de nacimiento: <u></u>		42. Fecha de nacimiento: <u></u>	
35. Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
36. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u></u> Segundo Apellido: <u></u> Primer Nombre: <u></u> Segundo Nombre: <u></u>		37. Tipo de documento de identidad: <u></u>		38. Número del documento de identidad: <u></u>		39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	
40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		41. Nacionalidad: <u></u>		42. Lugar de nacimiento: <u></u>		43. Fecha de nacimiento: <u></u>	
44. Datos complementarios del beneficiario							
45. Parentesco: <u></u>		46. Etnia: <u></u>		47. Comunidad: <u></u>		48. Grupo de población especial: <u></u>	
49. Tiene encuesta SISBEN: <u></u>		50. Clasificación SISBEN: <u></u>		51. Discapacidad SI ☐ No ☒		52. Incapacidad permanente SI ☐ No ☒	
53. Datos de residencia Departamento: <u></u> Municipio / Distrito: <u></u> Zona: <u></u>		54. Teléfono fijo y celular: <u></u>		55. Valor de la UPC por afiliado adicional (verificar en la EPS)			

53. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

55. Nombre o razón social		56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección		Teléfono fijo o Celular		
Correo Electrónico		Departamento	Municipio / Distrito	
60. Tipo de Novedad				
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país. ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de Familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.				

61. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NR Otro	64. Fecha de nacimiento
66. EPS anterior	66. Fecha de novedad 30/07/2026	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 75. Autorización para que la EPS envíe los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1577 de 2015. ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensuales de texto. ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del 31 de mayo vigente.	

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

80. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando opte o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

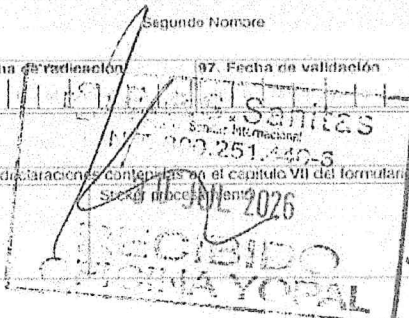
82. Anexo copia del documento de identidad		Cantidad de documentos de identidad anejados	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	PT
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016. ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.											
Total Anexos											

92. Identificación de la Entidad Territorial		Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución
--	--	----------------------	-------------------------	------------------------------

94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
-------------------------	--	------------------	---------------	----------------

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------

OBSERVACIONES:	
Indepulcar fe.	
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contempladas en el capítulo VII del formulario	
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MISLEDY RINCON SANDOVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **23.794.461**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

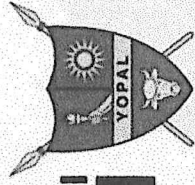


Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

CONTRATO NO.	1631-2025				
OBJETO CONTRACTUAL:	DESARROLLAR VIGILANCIA ENTOMOLOGICA, CONTROL VECTORIAL, PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD PUBLICA, ORIENTADAS A LA MITIGACION DE LAS ARBOVIROSIS (DENGUE) EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV) DE SUBPROGRAMA ARBOVIROSIS (DENGUE) DEL MUNICIPIO DE YOPAL AREA URBANA (COMUNA I,II,III,IV,V,VI,VII) Y AREA RURAL (93 VEREDAS DE LOS 11 CORREGIMIENTOS).				
ACTIVIDAD	COMO SE DESARROLLA	DONDE SE DESARROLLA	QUE RECURSOS SE REQUIEREN	CUANDO LO ENTREGA	CRONOGRAMA
1. Efectuar jornadas de Información, Educación y Comunicación (IEC) sobre promoción y prevención de las Arbovirosis (Dengue) en los entornos educativos y conformación de grupo COMBI (Comunicación para el Impacto Conductual). Producto: 100% de las instituciones educativas asignadas por el supervisor. Evidencia: Instrumento epicollect5	Se realizarán visitas a las instituciones educativas asignadas según cronograma establecido por el supervisor para realizar acciones de información, educación y comunicación (IEC) de las ETV. Enfermedades Transmitidas por vectores (Dengue) y la conformación del grupo en las instituciones intervenidas.	En las instituciones educativas asignadas por el supervisor del programa correspondientes al área urbana o rural del municipio de Yopal	Recurso Humano Tecnológicos (celular, computador, escáner, impresora, papelería.) Transporte público y/o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	Mensual
2. Realizar visita técnica a sujetos de riesgo en entornos, comunitario, educativo, institucional y laboral para inspeccionar y ejecutar acciones de control vectorial, clasificando el nivel de riesgo potencial para transmisión de las arbovirosis (dengue), según concertación con el supervisor. Producto: 100% de los sujetos de riesgo asignados por el supervisor Evidencia: Instrumento epicollect5	Se efectúa visita técnica a sujetos de riesgo en entornos, comunitario, educativo, institucional y laboral. Clasificando el nivel de riesgo de criaderos portenciales para la transmisión del (dengue). Según designación geográfica dada por el supervisor.	asignados por el supervisor del programa correspondientes al área urbana o rural del municipio de Yopal	Recurso Humano Tecnológicos (celular, computador, escáner, impresora, papelería.) Transporte público y/o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	Mensual
3. Realizar acciones de promoción y prevención enfocadas a la eliminación de criaderos a través del lavado de tanques, destrucción o negativización de criaderos y control químico en viviendas, instituciones educativas y demás entornos donde se requiera seguimiento a los 15 días para evaluar la adherencia a la educación transmitida en la primera visita. Producto: 100% de los entornos (hogar, institucional, educativo, laboral, comunitario) asignados por el supervisor. Evidencia: Instrumento epicollect5	Se realizarán acciones de promoción y prevención enfocadas a la eliminación de criaderos a través del lavado de tanques, destrucción o negativización de criaderos y control químico en viviendas, instituciones educativas y demás entornos donde se requiera seguimiento a los 15 días para evaluar la adherencia a la educación transmitida en la primera visita. Producto: 100% de los entornos (hogar, institucional, educativo, laboral, comunitario) asignados por el supervisor. Evidencia: Instrumento epicollect5	Se desarrollará las acciones en los entornos hogar, institucional, educativo, laboral, comunitario) asignados por el supervisor del programa correspondientes al área urbana o rural del municipio de Yopal	Humano Tecnológicos (celular, computador, escáner, impresora, papelería, linterna, cepillo, guantes) Transporte público o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	Según lo encontrado en las diferentes visitas de campo realizadas durante el mes
4. Recopilar material entomológico de criaderos positivos para vectores de las arbovirosis, identificados en las visitas de promoción y prevención conforme a los lineamientos del laboratorio de entomología. Producto: 100% de riesgo con presencia de estadíos inmaduros para vectores de dengue identificados durante las visitas de PYP. Evidencia: Instrumento en Excel y/o formato recibido LEM y/o diligenciamiento del link de entrega de material entomológico.	Se recolectará material entomológico de los criaderos positivos que se encuentren el ejercicio de las visitas de promoción y prevención de factores de riesgo con presencia de criaderos positivos para vectores de dengue identificados durante las visitas de PYP según los lineamientos del laboratorio de entomología	Se desarrollará la recopilación de material en los entornos hogar, institucional, educativo, laboral, comunitario) según los lineamientos del laboratorio de entomología y/o asignados por el supervisor del programa correspondientes al área urbana o rural del municipio de Yopal	Humano Tecnológicos (celular, computador, escáner, impresora, papelería, linterna, guantes, alcohol, pipeta, gotero, geringa) Transporte público o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	De forma mensual
5. Ejecutar acciones de promoción, prevención y control para la atención de brotes, epidemias o situaciones especiales de las arbovirosis, como parte del equipo de respuesta inmediata. Producto: 100% de las situaciones de brote o alertas requeridas con acciones de promoción y prevención y control asignadas por el supervisor. Evidencia: Instrumento epicollect5	Se participará en acciones de promoción, prevención y control para la atención de brotes, epidemias o situaciones especiales de las arbovirosis, como parte del equipo de respuesta inmediata. Evidenciando a través del registro aplicativo epicollect5, de las actividades asignadas por el supervisor	Se desarrollará de acuerdo a los eventos presentados y se ejecutará en los sectores asignados por el supervisor dentro del proceso de salud pública del municipio de Yopal	Humano Tecnológicos (celular, computador, escáner, impresora, papelería, linterna) Transporte público o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	Según la programación de la línea de ETV y la SSM.

6. Ejecutar acciones de intervención química contra formas adultas e inmaduras de vectores para las arbovirosis según la necesidad y directrices del programa de ETV conforme a manejo integrado de vectores MIV en los entornos educativos. Producto: 100% de los entornos educativos que requieran intervención química asignada por el supervisor. Evidencia: Instrumento epicollects	Se apoyara en acciones de intervención química contra formas adultas e inmaduras de vectores para las arbovirosis según la necesidad y directrices del programa de ETV conforme a manejo integrado de vectores MIV en los entornos educativos. Producto: 100% de los entornos educativos que requieran intervención química asignada por el supervisor. Evidencia: Instrumento epicollects	Se desarrollara en entornos educativos que requieran intervención química, asignados por el supervisor en el área urbana o rural del municipio de Yopal	Humano Tecnológicos (celular, computador, escaner, impresora, papelería, linterna) Transporte público o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	Según la programación de la línea de ETV y la SSM.
7. Realizar soporte técnico y operativo en mesas de trabajo y/o reuniones o demás espacios requeridos para la planeación y ejecución de acciones proyectadas para el programa de enfermedades transmitidas por vectores. Producto: El 100 % de las reuniones o mesas de trabajo requeridas con soporte técnico y operativos asignados. Evidencia: listas de asistencia y/o actas de las reuniones asistidas, con registro fotográfico.	Se asistirá a las reuniones o mesas de trabajo para la planeación, y ejecución de acciones proyectadas para el programa ETV requeridas con soporte técnico y operativos asignados, según directriz del supervisor del programa	Se ejecutará en los sectores asignados por el supervisor dentro del proceso de salud pública del municipio de Yopal	Humano Tecnológicos (celular, computador, escaner, impresora, papelería, linterna) Transporte público o personal.	Al terminar las actividades mensuales ejecutadas se presentará el informe parcial y será enviado al correo de la línea de ETV, de la Secretaría de Salud del municipio de Yopal para la revisión del supervisor	Según la programación de la línea de ETV y la SSM.
FIRMA CONTRATISTA					
MISLEDY RINCON SANDOVAL					
FIRMA SUPERVISOR					
YENNY VISED AVILA T.					



**Alcaldía Municipal
de Yopal**

Seguridad y Salud
en el Trabajo - SST

CERTIFICA QUE:

Misledy Rincon Sandoval

**Completó de forma satisfactoria la inducción
de seguridad y salud en el trabajo.**

Fecha: 4-8-2026

Cód. del certificado:
Vinculado como:

M85HVO-CE007764
Contratista