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

PERIODO REPORTE: 11 de marzo de 2021 a 10 de abril de 2021 CONTRATO No. 691

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0174

FECHA INICIACIÓN: 11/02/2021 FECHA TERMINACIÓN: 10/06/2021

CONTRATISTA: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ INTERVENTOR: CRISTOBAL BARON

**OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL SERVICIO DE LA OFICINA ASESORA Y DEFENSA JURÍDICA DEL SECTOR SALUD N°08**

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | REPORTE DEL INTERVENTOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **ACTIVIDADES PACTADAS** | **ACTIVIDADES EJECUTADAS** | **VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES** | | | **OBSERVACIONES** |
| | | | **T** | **P** | **N** | |
| 1 | Atender, tramitar y realizar seguimiento inmediato de los casos que se presenten en la Oficina de Gestión en Salud, por parte de usuarios en contra de EAPB que operan en el departamento de Boyacá. | Se realiza atencion y seguimiento y se gestionaron los respectivos documentos recibidos para el trámite correspondiente mediante la proyección de la respuesta y se realizó el envío a la entidad competente | X | | | Se cumplio con las actividades respectivas |
| 2 | Realizar requerimiento a las diferentes EAPB, por casos relacionados que se presenten en la Oficina de Gestión en Salud, por parte de usuarios en contra de EAPB. | Se realizaron los correspondientes a las EAPB. | X | | | Se cumplio con las actividades respectivas |
| 3 | Dar respuesta a derechos de petición, quejas y reclamos que le sean asignados por el supervisor. | Se tramitaron todos los requerimientos que llegaron durante este periodo y se le dio la respectiva contestación dentro del término legal. | | | | Se cumplio con las actividades respectivas |
| 4 | Dar respuesta en términos, a los requerimientos realizados a la Secretaría de Salud de Boyacá por parte de Autoridades Administrativas o Judiciales y que por su especificidad le sean asignados. | Se tramitaron todos los requerimientos que llegaron durante este periodo y se le dio la respectiva contestación dentro del término | X | | | Se cumplio con las actividades respectivas |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | legal. | | | | |
| 5 | Realizar seguimiento a los requerimientos administrativos o judiciales y, a los derechos de petición, quejas y reclamos a los que se le haya dado respuesta, verificando la trazabilidad a la solución de fondo. | Se realizó seguimiento a los requerimientos que llegaron durante este periodo. | X | | | Se cumplio con las actividades respectivas |
| 6 | Realizar contestación, seguimiento y trazabilidad a los fallos de tutela y/o desacatos en donde la Secretaría de Salud haya sido vinculada o se le haya dictado una orden expresa. (En caso de requerirse). | Se tramitaron todos los requerimientos que llegaron durante este periodo y se le dio la respectiva contestación dentro del término legal. | X | | | Se cumplio con las actividades respectivas |
| 7 | Apoyar las actividades que por competencia deban ser resueltas por la Oficina Asesora y Defensa Jurídica del Sector Salud. | Se apoyaron las actividades de la Oficina Asesora y Defensa Jurídica del Sector Salud. | X | | | Se cumplio con las actividades respectivas |
| 8 | Disponer de computador e internet para el desarrollo del objeto contractual | Se cuenta con equipo de Computo y acceso a internet para la ejecución de Actividades Contractuales. | X | | | Se cuenta con los equipos de computo necesarios para el desarrollo de las actividades |

Firma: _____

Nombre: CRISTOBAL BARON

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2021-000863-SALDA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P: Cumple parcialmente las actividades pactadas. N: No cumplió las actividades pactadas.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-40023559 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-05-19 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-04-16 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-03-19 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AGRARIO |
| PERIODO PENSION: | 2021-03 |
| PERIODO SALUD: | 2021-03 |
| NUMERO PLANILLA: | 8612270175 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8601351388 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 1.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 171.200 | $ 171.200 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 219.200 | $ 219.200 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.200 | $ 7.200 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 397.600 | $ 397.600 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 14/05/2021 |

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-40023559 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-05-04 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-05-14 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-04-15 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2021-04 |
| PERIODO SALUD: | 2021-04 |
| NUMERO PLANILLA: | 8612726163 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8601351388 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 1.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 171.200 | $ 171.200 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 219.200 | $ 219.200 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.369.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.200 | $ 7.200 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 397.600 | $ 397.600 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 16/06/2021 |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL | 2 | | |
| FECHA PRESENTE ACTA | 5/05/2021 | | |
| CONTRATO __X___ CONVENIO _____ | 691 | DE FECHA: 11/02/2021 | |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL SERVICIO DE LA OFICINA ASESORA Y DEFENSA JURÍDICA DEL SECTOR SALUD N°08 | | |
| CONTRATISTA | RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ | | NIT:40023559-1 |
| | | | C.C:40023559 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | CRISTOBAL BARON | | C.C:7172793 |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL : | $ 13.696.000,00 | |
| | APORTE DEL DEPARTAMENTO: | $ 0,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: | $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $0.00 | |
| ADICIONAL N° _____ | VALOR | $0.00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | | $ 13.696.000,00 | |
| PLAZO INICIAL | CUATRO (4) MESES Y CERO (0)DÍAS | | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N.A | De Fecha: N.A. | |
| PRORROGA N° _____ | Tiempo: N.A | De Fecha: N.A. | |
| PLAZO TOTAL | CUATRO (4) MESES Y CERO (0)DÍAS | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 11/02/2021 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° | De Fecha: N.A | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° | De Fecha: N.A | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 10/06/2021 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | N.A | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 11 de Marzo de 2021 a 10 de abril de 2021 | | |
| RBPP N° | 2020 00415 0174 | | |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_1106_____ AÑO: __2021_____, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de__OFICINA ASESORA Y DEFENSA JURÍDICA DEL SECTOR SALUD__ se reunieron los señores, __CRISTOBAL BARON__ Interventor / Supervisor y el señor ___RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ__ 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, caracteristicas 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° 8612270175,8612726163 del mes (es) MARZO DE 2021 Y ABRIL DE 2021 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 financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun 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 | $ 13.696.000,00 | $ 0,00 |
| Amortización Anticipo | $ 0,00 | $ 0,00 |
| Valor a pagar de la presente acta | $ 0,00 | $ 3.424.000,00 |
| Valor Total actas pagadas | $ 0,00 | $ 3.424.000,00 |
| Saldo por ejecutar | $ 0,00 | $ 6.848.000,00 |
| **Sumas iguales** | $ 13.696.000,00 | $ 13.696.000,00 |

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- 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: 0550488412924224 | 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: ACTA2

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: CRISTOBAL BARON
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2021-000864-SALDA

* 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.

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