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

PERIODO REPORTE: DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO 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 requerimientos 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.	X			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 legal.	X			Se cumplio con las actividades respectivas
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

Firma:

Nombre: CRISTOBAL BARON
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:

Nombre: RUTH AMANDA ROJAS GÓMEZ
CONTRATISTA

RADICADO No: S-2021-001410-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:	2021-06-16
FECHA DE PAGO:	2021-05-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-05
PERIODO SALUD:	2021-05
NUMERO PLANILLA:	8612745872
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:	15/07/2021

RAZON SOCIAL :	RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-40023559
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-06-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-07-15
FECHA DE PAGO:	2021-06-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-06
PERIODO SALUD:	2021-06
NUMERO PLANILLA:	8613325207
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:	13/08/2021

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	10/06/2021		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	No. 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	DEL 11 DE MAYO AL 10 DE JUNIO 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: __2020_____, 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° 8612745872, 8613325207 del mes (es) MAYO Y 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 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 o convenio	$ 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	$ 10.272.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
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:

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-2021-001411-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