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

PERIODO REPORTE: Del 26 de agosto de 2021 al 25 de septiembre de 2021 CONTRATO No. 295

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0187 A1

FECHA INICIACIÓN:26/01/2021 FECHA TERMINACIÓN: 31/12/2021

CONTRATISTA: ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA INTERVENTOR: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI Nº8

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyar el seguimiento a los planes de acción del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI departamental, de los municipios y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios con afiliados en Boyacá para el año 2021; de las jornadas y campañas de vacunación que involucren las estrategias y tácticas en vacunación para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos en cada uno	Se apoya el seguimiento de las jornadas y campañas de vacunación que involucran las estrategias y tácticas en vacunación para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos en cada una.		X		
2	Apoyar la elaboración, revisión y validación de los registros e informes propios del Programa Ampliado de Inmunizaciones remitidos por los municipios, EAPB e IPS y monitoreos rápidos de coberturas de vacunación para dar respuesta a los requerimientos del nivel nacional, departamental y local.	Se da cumplimiento a la actividad consolidando los informes remitidos y certificados por las diferentes IPS del departamento, previamente validados por los referentes PAI; posteriormente se emite el reporte diario de vacunación contra COVID-19 y el informe semanal de la procuraduría y contraloría del Boyacá.		X		
3	Apoyar la operatividad del sistema de información nominal PAI – WEB	Se apoya la operatividad del sistema de información nominal PAI – WEB, la transición de PAI WEB 1.0 a 2.0, según necesidad.		X		
4	Apoyar la distribución del Biológico e insumos según necesidad que realicen los municipios del Departamento de Boyacá, garantizando la calidad del producto entregado y programación definida	Se apoya la distribución del Biológico e insumos según necesidad realizada por los municipios del departamento según necesidad		X		
5	Apoyar el desarrollo del Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación y Encuesta de Coberturas de Vacunación según metodología y programación definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se apoya esta actividad de acuerdo a la necesidad.		X		
6	Apoyar el desarrollo y consolidación de la información de las jornadas y campañas de vacunación que programe la Secretaria de Salud de Boyacá y el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se apoya el desarrollo de la jornada de Sarampión-Rubeola según necesidad.		X		
7	Apoyar la realización del análisis y retroalimentación del cumplimiento de coberturas del PAI alcanzadas a los municipios mensualmente y socializarlos a los actores del sistema general de salud y las demás actividades que se indiquen oportunamente en cumplimiento de los objetivos y metas propuestas	Se apoya esta actividad emitiendo boletín diario del Avance de la vacunación contra COVID-19 en el departamento.		X		

8	Apoyar la toma y registro de temperatura de los equipos de red de frío del PAI departamental según lineamiento y formatos establecidos por la Secretaria de Salud de Boyacá y el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se apoyar la toma y registro de temperatura de los equipos de red de frío del PAI departamental según lineamiento y formatos establecidos		X		
9	Apoyar el sistema de facturación de biológicos e insumos del PAI de la Secretaria de Salud de Boyacá según necesidad.	Se apoya el sistema de facturación de biológicos e insumos del PAI durante la entrega de biológico según programación definida.		X		
10	Apoyar el seguimiento mensual al movimiento de biológico de los 123 municipios del departamento y en el sistema de información nominal PAI – WEB y formatos establecidos.	Se apoya el seguimiento mensual al movimiento de biológico de los 123 municipios del departamento y en el sistema de información nominal PAI – WEB según necesidad.		X		
11	Apoyar la consolidación del inventario de red de frío de los 123 municipios del departamento de Boyacá y las demás que se indiquen oportunamente en cumplimiento a lo definido en el lineamiento nacional y departamental para la gestión y administración del PAI.	En el periodo reportado no se programaron inventarios de red de frío por parte del MSPS.			X	
12	Asistir a las reuniones nacionales y locales que se convoquen sobre el Programa Ampliado de Inmunizaciones a través de medios virtuales o presenciales	Asistí a las reuniones nacionales y departamentales programadas de acuerdo a la necesidad.		X		
13	Apoyar las acciones de vigilancia en salud pública - inmunoprevenibles de acuerdo a los protocolos del Instituto Nacional de Salud.	En el periodo reportado no se presentaron eventos de interés en salud publica.			X	
14	Apoyar el control de archivo, alimentación base de datos, soporte técnico al Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, y otros informes requeridos según la tabla de retención documental de la Gobernación de Boyacá.	Se apoyo el control de archivo, alimentación bases de datos, soporte técnico al Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI y se realizo de acuerdo a lo establecido en la tabla de retención documental para el PAI de la gobernación de Boyacá		X		
15	Apoyar el proceso de limpieza y desinfección de los equipos y elementos del área de almacenamiento de los biológicos e insumos del PAI de acuerdo a lo establecido en el procedimiento del PAI departamental y lineamientos nacionales	Se apoya el proceso de limpieza y desinfección de los equipos y elementos del área de almacenamiento de los biológicos e insumos del PAI de acuerdo a lo establecido		X		
16	Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor.	Se apoyaron las actividades asignadas por el supervisor		X		
17	Presentar informes mensuales con las actividades realizadas y soportes respectivos SUPERVISOR asignado por la Secretaria de Salud de Boyacá y demás actividades que se le asignen	Se presenta informe mensual de actividades al supervisor del contrato.		X		
18	No realizar de manera particular contratos verbales o escritos con prestadores de servicios de salud del departamento de Boyacá cuyas actividades estén relacionadas con el objeto del presente contrato como asesorías, inspecciones, visitas, elaboración de documentación, entre otros.	Se da cumplimiento a la actividad de acuerdo a lo pactado.	X			
19	Declararse inhabilitado cuando considere que su juicio puede estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor del prestador.	Se da cumplimiento a la actividad de acuerdo a lo pactado	X			
20	No usar la información generada por el PAI departamental a nombre y beneficio propio.	No se presenta esta condición.	X			

Firma:_____

Nombre: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2021-013488-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:

Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:

No cumplió las actividades pactadas.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013601597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 4B NO 19-45	TELÉFONO:	7455555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7805520673**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/08/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1110393694

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 230.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.300	$ 0	$ 230.300
SUBTOTALES:										**$ 230.300**	**$ 0**	**$ 230.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.900	$ 0	$ 0	$ 179.900
SUBTOTALES:													**$ 179.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 179.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.600	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.600**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1013601597	BOHORQUEZ CADENA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.439.200				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
					SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO		
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.439.200	$ 230.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.300

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.439.200	$ 179.900	$ 0	$ 179.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.439.200	101360159	$ 7.600

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 417.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013601597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 4B NO 19-45	TELÉFONO:	7455555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:				**7808693781**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2021/10/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1154973247

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 230.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.300	$ 0	$ 230.300
SUBTOTALES:										**$ 230.300**	**$ 0**	**$ 230.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.900	$ 0	$ 0	$ 179.900
SUBTOTALES:													**$ 179.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 179.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.600	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1013601597	BOHORQUEZ CADENA ANGIE LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.439.200				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.439.200	$ 230.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.300	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.439.200	$ 179.900	$ 0	$ 179.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.439.200	101360159	$ 7.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 417.800**

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

ACTA PARCIAL	8		
FECHA PRESENTE ACTA	5/10/2021		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	295	DE FECHA: 26/01/2021	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI Nº8		
CONTRATISTA	ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA		NIT:1013601597-2
			C.C:1013601597
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA		C.C:33366141
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 28.784.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° 1 _____	VALOR	$ 11.513.598,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 40.297.598,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° 1_____	Tiempo: TRES (3) MESES Y SEIS (6)DÍAS	De Fecha: 30/08/2021.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	ONCE (11) MESES Y SEIS (6)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	26/01/2021		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	25/09/2021		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	31/12/2021		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 26 de agosto de 2021 al 25 de septiembre de 2021		
RBPP N°	2020 00415 0187 A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 534 , AÑO: 2021, y RCP No. 6360, AÑO:2021.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA Interventor / Supervisor y el señor ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 7805520673,7808693781 del mes (es) AGOSTO, SEPTIEMBRE 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	$ 40.297.598,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.598.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 25.186.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 11.513.598,00
Sumas iguales	$ 40.297.598,00	$ 40.297.598,00

**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: 176700035098	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: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ANGIE LORENA BOHORQUEZ CADENA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2021-013497-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.

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