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

PERIODO REPORTE: OCTUBRE 16 A NOVIEMBRE 15 DE 2021 CONTRATO No. 1730

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0187

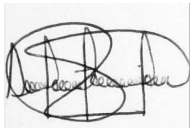
FECHA INICIACIÓN:16/04/2021 FECHA TERMINACIÓN: 15/12/2021

CONTRATISTA: OLVER GIOVANNI AMADOR VILLAMIL INTERVENTOR: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI Nº19

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyar la elaboración, revisión y validación de los registros e informes propios del Programa Ampliado de Inmunizaciones remitidos por los municipios, EAPB e IPS	No se realizó la actividad pactada en el mes.			X	
2	Apoyar la consolidación de los monitoreos rápidos de coberturas de vacunación para dar respuesta a los requerimientos del nivel nacional, departamental y local	No se realizó la actividad pactada en el mes.			X	
3	Apoyar la operatividad del sistema de información nominal PAI – WEB	Se apoyo al cargue de información en las plataformas PAIWEB 1 y PAIWEB 2 tanto de traslados, creación de usuarios en todos los municipios e ips que llega a de la secretaria de Salud de Boyacá.		X		
4	Apoyar la 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 en relación al COVID-19, sarampión y rubeola e influenza	No se realizó la actividad pactada en el mes..			X	
5	Apoyar el sistema de facturación de biológicos e insumos del PAI de la secretaria de Salud de Boyacá según necesidad.	Se apoyo el cargue de información en las plataformas PAIWEB 1 y PAIWEB.		X		
6	Apoyar el seguimiento al movimiento de biológico COVID-19 de los 123 municipios del departamento según formatos establecidos por el MSPS.	Se apoyo el cargue de información, atendiendo solicitudes de las ips telefónicamente y vía correo electrónico.		X		
7	Asistir a las reuniones nacionales y locales que se convoquen sobre el Programa Ampliado de Inmunizaciones a través de medios virtuales o presenciales.	No se realizó la actividad pactada en el mes..			X	

8	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.	Durante el periodo apoyo, archivo y demás solicitudes realizadas.		X		
9	Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor.	Se da cumplimiento a las actividades de acuerdo a lo establecido		X		
10	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 presentan 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.		X		
11	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 cumplimento a la actividad de acuerdo a lo pactado	X			
12	Declararse inhabilitado cuando considere que su juicio puede estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor del prestador.	No se presenta esta condición	X			
13	No usar la información generada por el PAI departamental a nombre y beneficio propio.	se da cumplimento a la actividad de acuerdo a lo pactado	X			



Firma:_____

Nombre: SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: Olver Amador V.

Nombre: OLVER GIOVANNI AMADOR VILLAMIL

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2021-016689-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:

Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:

No cumplió las actividades pactadas.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7320176		AMADOR VILLAMIL OLVER GEOVANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 2 a # 2a 35	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	1223327667	9426435260	I	2021/11/19	2021/11/30	BANCOLOMBIA	11	$417,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,439,200	$230,300			$1,439,200	$179,900			$0	$0			$1,439,200	$7,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,439,200	$230,300			$1,439,200	$179,900			$0	$0			$1,439,200	$7,600		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,439,200	$230,300			$1,439,200	$179,900			$0	$0			$1,439,200	$7,600		$0	$0
1	CC	7320176	AMADOR OLVER	230201	30	$1,439,200	$230,300	EPS005	30	$1,439,200	$179,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,439,200	$7,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,439,200	$230,300			$1,439,200	$179,900			$0	$0			$1,439,200	$7,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7320176		AMADOR VILLAMIL OLVER GEOVANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 2 a # 2a 35	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	1223327667	9426435260	I	2021/11/19	2021/11/30	BANCOLOMBIA	11	$417,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,300	$0	$0	$230,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$230,300	$0	$0	$230,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,600	$0	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,600	$0	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,900	$0	$0	$179,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$179,900	$0	$0	$179,900
TOTAL				1	$417,800	$0	$0	$417,800

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

ACTA PARCIAL	7		
FECHA PRESENTE ACTA	30/11/2021		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	1730	DE FECHA: 16/04/2021	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI Nº19		
CONTRATISTA	OLVER GIOVANNI AMADOR VILLAMIL		NIT:7320176-6
			C.C:7320176
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° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 28.784.000,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) 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	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	16/04/2021		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	15/12/2021		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**OCTUBRE 16 A NOVIEMBRE 15 DE 2021**		
RBPP N°	2020 00415 0187		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **3537** AÑO: **2021** , RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, SANDRA MILENA ANTOLINEZ AUNTA Interventor / Supervisor y el señor OLVER GIOVANNI AMADOR VILLAMIL 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° **9426435260** del mes (es) **OCTUBRE 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	$ 28.784.000,00	$ 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	$ 21.588.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 3.598.000,00
Sumas iguales	$ 28.784.000,00	$ 28.784.000,00

**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: 24068392415	BANCO: Banco Caja Social – BCSC	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: OLVER GIOVANNI AMADOR VILLAMIL
CONTRATISTA

Radicado No. S-2021-016692-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