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

PERIODO REPORTE: 27 de Noviembre a 16 de diciembre de 2021 CONTRATO No. 2392

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0116 A2

FECHA INICIACIÓN:27/07/2021 FECHA TERMINACIÓN: 16/12/2021

CONTRATISTA: DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA INTERVENTOR: MARIA TERESA RINCON GRANADOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL SERVICIO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, GRUPO INTERNO DE TRABAJO GESTIÓN FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOYACÁ. (1)

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Recepción de requerimientos Relacionados con la ubicación de información documental o magnética que se requiera**.**	Se realizó búsqueda de información relacionada con COLPENSIONES de funcionarios la cual se hicieron consultas sobre deuda de FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOYACA de 649 funcionarios y otro de 220 las cuales se verificó información en el archivo FER de las mismas entregando en forma física a la profesional MALENA BURGOS.		X		De acuerdo a lo solicitado por COLPENSIONES se cotejo información la cual fue solicitada por la profesional MALENA BURGOS realiza de COLPENSIONES las respuestas de FONDO EDUCATIVO REGIONAL DE BOYACA pertinentes a COLPENSIONES se realizó búsqueda de 649 funcionarios de una deuda identificada por el stiker 40150301015199 y 532601010120910 por medio magnético posteriormente entregado a la supervisora.
2	Ubicación y copiado de la información Documental o magnética que se requiera.	De acuerdo a lo solicitado por la señora MALENA BURGOS.se ha radicado 6 documentos a COLPENSIONES y GOBERNACION DE BOYACA los recibidos las cuales se verificaron y se enviaron a la profesional.		X		De acuerdo a lo solicitado por la señora MALENA BURGOS.se ha radicado 6 documentos a COLPENSIONES y GOBERNACION DE BOYACA los recibidos las cuales se verificaron y se enviaron a la profesional.
3	Registro y control de la información Que se ha ubicado y procesado.	Se ha venido llenando el control de evidencias requeridas por las profecionales.		X		Registro y control sobre solicitudes de las profecionales.
4	Entrega ante la instancia respectiva De la información requerida.	Según lo requerido por la profesional MALENA BURGOS , se verifico información requerido		X		De acuerdo a la información requerida, se realiza búsqueda de evidencias, las cuales son escaneadas en PDF, COLPENSIONES

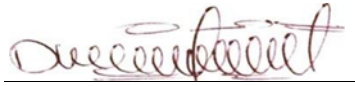
		por COLPENSIONES de 40 funcionarios los cuales se verifico en el archivo de la secretaria de SECRETARIA DE EDUCACION DE BOYACA con su respectiva evidencia.				de 40 funcionarios los cuales se verifico en el archivo de la secretaria de SECRETARIA DE EDUCACION DE BOYACA con su respectiva evidencia las cuales fueron entregadas a la supervisión con sus respectivos soportes.
5	Las demás que sean asignadas por su supervisor de acuerdo con el área de desempeño y conlleven con el cumplimiento de los objetos propuestos por la Secretaria de Educación Departamental			X		



Firma:_____

Nombre: MARIA TERESA RINCON GRANADOS

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR



Firma: _____

Nombre: DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2021-003044-SECEDU

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:	1049610459
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE	TELÉFONO:	7450000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**4423074362**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997796146

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	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

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	$ 4.800	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 4.800
SUBTOTALES:									**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.800**

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	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1049610459	SALCEDO TRIANA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	EPS017-FAMISANAR	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 908.526	104961045	$ 4.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 263.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049610459
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE	TELÉFONO:	7450000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4423074885**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997796174	

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	$ 77.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 77.600	$ 0	$ 77.600
SUBTOTALES:										**$ 77.600**	**$ 0**	**$ 77.600**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 60.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 60.600	$ 0	$ 0	$ 60.600
SUBTOTALES:													**$ 60.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 60.600**

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	$ 2.600	$ 2.600	$ 0	$ 0	$ 2.600
SUBTOTALES:									**$ 2.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.600**

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 1049610459	SALCEDO TRIANA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526				NO		16															230301-PORVENIR	16	$ 484.548	$ 77.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 77.600	EPS017-FAMISANAR	16	$ 484.548	$ 60.600	$ 0	$ 60.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 484.548	104961045	$ 2.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 140.800**

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	DICIEMBRE DE 2021		
CONTRATO_X_ CONVENIO_____	No. 2392	DE FECHA: 27/07/2021	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL SERVICIO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, GRUPO INTERNO DE TRABAJO GESTIÓN FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOYACÁ. (1)		
CONTRATISTA	DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA		NIT:1049610459-3 : C.C:1049610459
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MARIA TERESA RINCON GRANADOS		C.C:46367309
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 9.156.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL Nº _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL Nº _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 9.156.000,00	
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20)DÍAS		
PRORROGA Nº _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PRORROGA Nº _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	27/07/2021		
ACTA DE SUSPENSIÓN Nº	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN Nº	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	16/12/2021		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	27 de Noviembre a 16 de Diciembre de 2021		
RBPP Nº	2020 00415 0116 A2		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5513 AÑO: 2021, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE EDUCACIÓN se reunieron los señores, MARIA TERESA RINCON GRANADOS Interventor / Supervisor y el señor DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA 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) Nº 4423074362 y 4423074885 del mes (es) NOVIEMBRE Y DEICIEMBRE 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 o convenio	$ 9.156.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 1.308.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 7.848.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 9.156.000,00	$ 9.156.000,00

**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: 488421641579	BANCO: Banco Davivienda S.A.	AHORROS:	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: MARIA TERESA RINCON GRANADOS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2021-003045-SECEDU
* 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**

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0** **CÓDIGO: GN-I06-F01**
CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		**FECHA: 04/10/2016**

Fecha: 14/12/2021	Secretaría: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN		Dependencia: N.A.
Nombre de Solicitante DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: TRIANACAROLINA1987@OUTLOOK.ES
Nombre de Usuario DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: TRIANACAROLINA1987@OUTLOOK.ES

ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		
No.	**Registro de Certificación**	**Estado**
1	Sistema: QUYNE ID Usuario DIANA.SALCEDO Fecha:14/12/2021  Firma Responsable del Sistema Nombre: Camilo Andres Silva Motta	Documentos Pendientes:0



Firma Director de Sistemas

S-2021-001713-TICDSI

Escaneado con CamScanner