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

ACTA PARCIAL	5		
FECHA PRESENTE ACTA	21/06/2022		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	556	DE FECHA: 21/01/2022	
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR LAS ACCIONES DE MEJORA Y OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ		
CONTRATISTA	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ		NIT:1049611506-6
			C.C:1049611506
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	EDINSON MAURO RICO MARTINEZ		C.C:9636171
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 24.689.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 24.689.000,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) 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	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	21/01/2022		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	20/08/2022		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	21 de Mayo a 20 de Junio de 2022		
RBPP N°	2021 00415 0292		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 748 AÑO: 2022, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de OFICINA ASESORA PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL SECTOR SALUD se reunieron los señores, EDINSON MAURO RICO MARTINEZ Interventor / Supervisor y el señor ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ 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° 8359026821 del mes (es) Mayo 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	$ 24.689.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.527.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 14.108.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 7.054.000,00
Sumas iguales	$ 24.689.000,00	$ 24.689.000,00

**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: 488420026574	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: EDINSON MAURO RICO MARTINEZ
INTERVENTOR ~~Y/O SUPERVISOR~~

Firma: _____
Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2022-000463-SALOGE
* 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.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Miguel Angel Coronado C.
Firma: _____ Fecha: 22-JUNIO-2022

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

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

PERIODO REPORTE: 21 de Mayo a 20 de Junio de 2022

CONTRATO No. 556

REGISTRO BPyP No.: 2021 00415 0292

FECHA INICIACIÓN:21/01/2022

FECHA TERMINACIÓN: 20/08/2022

CONTRATISTA: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

INTERVENTOR: EDINSON MAURO RICO MARTINEZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR LAS ACCIONES DE MEJORA Y OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyar con la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y demás sistemas de gestión de la Gobernación de Boyacá	Diariamente se realizan acciones enfocadas a la implementación y mejora del MIPG con el acompañamiento de los funcionarios de la Secretaria de Salud. Se realizaron acciones para subsanar las observaciones a los riesgos presentadas por la OCIG		X		Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica del Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co Evidencia: Herramienta Quyne
2	Realizar las capacitaciones asociadas al MIPG solicitadas por los funcionarios de la Secretaria de Salud	Asesoría a las facilitadoras sobre las observaciones presentadas en el seguimiento a los riesgos de los subprocesos de la Secretaria de Salud. Se brindó capacitación sobre generalidades de MIPG el día martes 31 de mayo a las 2:00 p.m, a los funcionarios de la Secretaria de Salud.		X		Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co
3	Apoyar a la Secretaria de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta	Se realiza la revisión diariamente de los documentos cargados en la		X		Evidencia: Herramienta Isolución.

	Isolución	herramienta Isolución por las facilitadoras de los subprocesos de la Secretaria de Salud, para emitirlos a aprobación del coordinador MIPG. Se apoyo en el cargue y revisión de los procedimientos y formatos nuevos y los que requieren actualización en la herramienta Isolución de la Secretaria de Salud.				
4	Medir en la herramienta Isolución los indicadores de gestión que pertenecen a la Secretaria de Salud	Se midieron en la herramienta Isolución los indicadores de gestión de los subprocesos de la Secretaria de Salud, con corte mensual.		X		Evidencia: Herramienta Isolución (modulo indicadores).
5	Responder las solicitudes asignadas de acuerdo a la necesidad del servicio en la plataforma QUYNE, correo electrónico y requerimientos de los entes de control	Apoyo para brindar respuesta al enlace del Ministerio de Salud referente a los procesos o certificados de calidad en los que haya participado la Gobernación de Boyacá. Se emitió respuesta a la dirección Geográfica y de gestión Territorial sobre el anuario estadístico de la vigencia 2021 de la Secretaria de Salud.		X		Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

Firma:_____
Nombre: EDINSON MAURO RICO MARTINEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

RADICADO No: S-2022-000462-SALOGE

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

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Miguel Angel Coronado C.
Firma: _____ Fecha: 22-JUNIO-2022

Firma: _____
Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CONTRATISTA

Señor(es): ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
Nit: CC 1049611506
Dirección: cra5 d n 13 a 23
Teléfono: 7475704 **Fax:** 7475704
Ciudad: TUNJA

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ALBA CONSTANZA HERNAI
Tipo y número de identificación	1049611506
Número de radicación planilla	8359026821
Fecha de pago	6/14/2022
Número de autorización de pago	47084045
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2022
Periodo cotización pensión	Mayo 2022
Periodo cotización caja	Mayo 2022
Número de administradoras	3
Total Pagado	$412.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$7.500	1
230301	Porvenir	$227.200	1
EPS008	Compensar EPS	$177.500	1

PAGADO 47084045

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
№	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1049611506	HERNANDEZ SUAREZ ALBA CONSTANZA	EPS008	230301																				1.420.000	1.420.000	0	1.420.000	0			227.200	0	0	177.500	0

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información