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

PERIODO REPORTE: 16-09-22 a 15-10-22

CONTRATO No. 2960

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: Fecha: 24-10-2022

REGISTRO BPyP No.: 2021 00415 0344 A2

FECHA INICIACIÓN:16/09/2022

FECHA TERMINACIÓN: 30/12/2022

CONTRATISTA: SAMUEL DAVID ROJAS ARIZA

INTERVENTOR: SARA LORENA VEGA FLOREZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN A LA GESTIÓN DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO DE BOYACÁ (1,06-1)

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyar y acompañar en la recepción y revisión documental durante la etapa precontractual, en la ejecución y liquidación de los procesos contractuales a cargo de la OFICINA ASESORA DE DESPACHO.	Se atendieron las solicitudes requeridas por parte de la Oficina Asesora de Despacho.	X			
2	Proyectar diferentes respuestas, conceptos y oficios que sean requeridos por los diferentes entes externos o internos de control a la cargo de la OFICINA ASESORA DE DESPACHO.	Se emitieron los conceptos y las respuestas solicitadas.	X			
3	Prestar asesoría en lo referente a respuestas, conceptos, oficios, revisión de actos administrativos emanados de la OFICINA ASESORA DE DESPACHO.	Se realizó revisión de la respectiva documentación requerida por la Oficina Asesora de Despacho.	X			
4	Realizar análisis de los documentos que sean asignados tendientes a la contratación de las actividades requeridas para la realización de los procesos estimados por la OFICINA ASESORA DE DESPACHO, en cumplimiento en cada una de las metas propuestas con cada contratación	Se estudió la documentación requerida por la Oficina Asesora de Despacho.	X			
5	Dar respuesta a los diferentes requerimientos o proyectar solicitudes que sean asignadas por el supervisor.	Se atendieron las solicitudes que llegaron a la oficina asesora de despacho.	X			

Firma: _____
Nombre: SARA LORENA VEGA FLOREZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: SAMUEL DAVID ROJAS ARIZA
CONTRATISTA

RADICADO No: S-2022-000764-GOBDDSC

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:	1082944935
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAMUEL DAVID ROJAS ARIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 208	TELÉFONO:	7454545
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:		**4469036971**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2022		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	8				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/10/18			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991817613

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	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 160.000	$ 1.300	$ 161.300
SUBTOTALES:										**$ 160.000**	**$ 1.300**	**$ 161.300**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 125.000	$ 1.000	$ 0	$ 126.000
SUBTOTALES:													**$ 125.000**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 126.000**

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	$ 5.300	$ 5.300	$ 100	$ 0	$ 5.400
SUBTOTALES:									**$ 5.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 5.400**

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	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1082944935	ROJAS ARIZA SAMUEL DAVID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO	01																	230301-PORVENIR	30	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0	$ 125.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.000.000	108294493	$ 5.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 292.700**

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Firma: _____ Fecha: 24-10-2022

Planilla Pagada

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

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	20/10/2022		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	2960	DE FECHA: 16/09/2022	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO Y SISTEMATIZACIÓN A LA GESTIÓN DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO DE BOYACÁ (1,06-1)		
CONTRATISTA	SAMUEL DAVID ROJAS ARIZA		NIT:1082944935-1
			C.C:1082944935
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	SARA LORENA VEGA FLOREZ		C.C:1098101037
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 10.416.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 10.416.000,00	
PLAZO INICIAL	TRES (3) MESES Y QUINCE (15)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	TRES (3) MESES Y QUINCE (15)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	16/09/2022		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2022		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	16-09-22 a 15-10-22		
RBPP N°	2021 00415 0344 A2		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 6787 AÑO: 2022, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DESPACHO DEL GOBERNADOR se reunieron los señores, SARA LORENA VEGA FLOREZ Interventor / Supervisor y el señor SAMUEL DAVID ROJAS ARIZA 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° 4469036971 del mes (es) 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	$ 10.416.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 2.976.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 7.440.000,00
Sumas iguales	$ 10.416.000,00	$ 10.416.000,00

**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: 488416012885	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: SARA LORENA VEGA FLOREZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: SAMUEL DAVID ROJAS ARIZA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2022-000778-GOBDDSC

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Olga I. Vargas Malaver
Fecha: 24-10-2022

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