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

PERIODO REPORTE: 26 de Marzo a 25 de abril de 2023

CONTRATO No. 438

REGISTRO BPyP No.: 2022 00415 0307

FECHA INICIACIÓN:26/01/2023

FECHA TERMINACIÓN: 25/09/2023

CONTRATISTA: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

INTERVENTOR: EDINSON MAURO RICO MARTINEZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR 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.	Con el propósito de avanzar con la implementación y operación del MIPG, de manera continua se realizan acciones como informes, identificación de riesgos, mesas de trabajo, indicadores, evaluaciones y demás, con el apoyo de los funcionarios de la Secretaria de Salud.		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	Apoyar a la Secretaria de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta Isolución	Diariamente se revisa con el rol de responsable de proceso todos los documentos enviados a aprobación a través del aplicativo Isolución y se aprueban si cumplen con los parámetros de calidad.		X		Evidencia: Herramienta Isolución. Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co
3	Medir en la herramienta Isolución los indicadores de gestión que pertenecen a la Secretaria de Salud	Se midieron en Isolución los indicadores con corte mensual y trimestral de los subprocesos de prestación de servicios, aseguramiento en salud, planeación estratégica del sector salud y laboratorio de salud pública.		X		Evidencia: Herramienta Isolución.

4	Realizar las capacitaciones asociadas al MIPG solicitadas por los funcionarios de la Secretaria de Salud	Se realizaron los ajustes a los riesgos de cada subproceso de la Secretaria de Salud, teniendo en cuenta las observaciones de la Oficina de Planeación y Métodos de Gestión.		X		Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co
5	Acompañar a la Secretaria de Salud en las instancias decisorias para funcionamiento del MIPG.	Se brindo acompañamiento al comité institucional de Gestión y Desempeño el día 24/04/2023 para aprobación de modificaciones del PAAC 2023.		X		Evidencia: Listado de Asistencia
6	Entregar los informes requeridos por las dependencias de la Gobernación de Boyacá en lo referido al MIPG	Se apoyo con la tabulación de la encuesta de satisfacción del cliente externo y el informe. Se realizó la consolidación y revisión del informe de PNC presentados a la subdirección de atención al ciudadano.		X		Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

Firma: _____

Nombre: EDINSON MAURO RICO MARTINEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2023-000130-SALOGE

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
No. Identificación: CC1049611506
Dirección: CRA5 D N 13 A 23
Telefono: 7475704
Correo: conyhernandez123@hotmail.com
Ciudad: TUNJA
Número de Planilla: 8367133996

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC1049611506
Número de planilla	8367133996
Fecha pago	2023-04-19
Número de autorización pago	30299014
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2023
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	449500
Total Intereses de Mora	8300

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8200	1
230301	Porvenir	247700	1
EPS008	Compensar EPS	193600	1

8367133996

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1049611506
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1520000	1520000	1520000	0	190000	0	243200	0	8000	0

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

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

ACTA PARCIAL	3		
FECHA PRESENTE ACTA	25/04/2023		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	438	DE FECHA: 26/01/2023	
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR 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 :	$ 30.248.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 30.248.000,00	
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	26/01/2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	25/09/2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	26 de marzo a 25 de abril de 2023		
RBPP N°	2022 00415 0307		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 553 AÑO: 2023, 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° 8367133996 del mes (es) marzo 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	$ 30.248.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.781.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 7.562.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 18.905.000,00
Sumas iguales	$ 30.248.000,00	$ 30.248.000,00

**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-2023-000131-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.

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