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

PERIODO REPORTE: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2023 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023 CONTRATO No. 1241

REGISTRO BPyP No.: 2022 00415 0372

FECHA INICIACIÓN:01/03/2023 FECHA TERMINACIÓN: 15/12/2023

CONTRATISTA: EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS INTERVENTOR: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO A LAS INSTITUCIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Nº1

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyar la gestión del correo institucional del Programa, mediante las siguientes acciones: seguimiento a correos, respuesta a correos, archivo documental en drive de acuerdo a la orientación del supervisor u otras acciones relacionadas	bril segun lo		x		se realiza de manera diara la trazabilidad del correo institucional, la cual se actualiza la informacion de manera semanal en el drive de participacion social y en las carpetas que corresponda
2	Apoyar la gestión de Proyectos de Participación Social en Salud, en procesos relacionados con: Formulación, seguimiento técnico y financie dando cumplimiento a las fechas que establezca la Gobernación y haciendo el correcto diligenciamiento de las plataformas y documentos dispuestos para ello.	apoyo permanente al profesional de plan cuando lo requiera en la gestion de proyectos de participacion social en salud en relacion: Formulación, seguimiento técnico y financiero, dando cumplimiento a las fechas que establezca la Gobernación y haciendo el correcto diligenciamiento de las plataformas y documentos dispuestos para ello.		x		para el mes de septiembre se realizo y entrego al supervisor la modificacion del proyecto vigencia 2022
3	Disponer de una línea y dispositivo telefónico (a cargo del contratista), mediante la cual brinde atención, orientación y seguimiento en lo relacionado con la Política de Participación Social en Salud de las entidades, órganos e instancias del sector salud que le sean asignadas.	se dispone con diferentes dispostivios tecnologicos para brindar atencion permanente a los 123 municipios del departamento de Boyaca en relacion a la politica de participacion social en salud		x		para el mes de septiembre se utilizo los medios de comunicación para la divulgacion de informacion a la provincia CENTRO, OCCIDENTE, LA LIBERTAD, CUBARA Y MARQUEZ sobre los foros provinciales.
4	Garantizar la plena ejecución del Plan de Asistencia Técnica presencial seguimiento posterior a los municipios (E.S.E. y D.L.S.) y/o organizaciones sociales y comunitarias asignadas por el supervisor; dan cumplimiento al documento orientador para la Asistencia Técnica y al diligenciamiento de formatos físicos y/o digitales que él establezca. Dic plan de asistencia técnica y cronograma no podrá ser modificado unilateralmente por el contratista. El cronograma de ejecución (y sus novedades o ajustes) será presentado al supervisor mínimo 05 días hábi anteriores a la ejecución del mismo y/o mensualmente.	Se realizo el cronograma para el mes de septiembre sobre los foros Provinciales en relacion a conformacion de asociaciones de usuarios, veedurias en salud, copaco y mecanismo de participacion social en salud		x		para el mes de septiembre se desarrollo 5 foros provinciales en los municipios de LABRANZAGRANDE, CHIQUINQUIRA, TUNJA, RAMIRIQUI Y CUBARA sobre la conformacion de asociaciones de usuarios, veedurias en salud, copaco y mecanismo de participacion social en salud; asi mismo capacitacion sobre la PPSS con funcionarios de la alcaldia de TUNJA.
5	Responder a las solicitudes de información, participación de reunio gestión documental, elaboración de documentos u otras acciones, en tiempos que establezca el Supervisor del contrato de acuerdo a necesidades del Programa de Participación Social en Salud	se brinda capacitaciones en relacion a conformacion de asociaciones de usuarios, veedurias en salud, copaco y mecanismo de participacion social en salud		x		para el mes de septiembre se desarrollo 5 foros provinciales en LABRANZAGRANDE, CHIQUINQUIRA, TUNJA, RAMIRIQUI Y CUBARA y capacitacion sobre la PPSS con funcionarios de la alcaldia de TUNJA.
6	Registrar, actualizar, archivar y retroalimentar de manera permanent base de datos, actas, directorios e informes de los diferentes mecanism formas de participación social con las que cuenta el departamento en drive de participación social en salud o repositorio de archivo físico digital que corresponda, dando cumplimiento a los procedimien aplicaciones de formatos, establecidos para el sistema de informac QUYNE y las tablas de retención documental vigentes establecidos po MIPG.	Aplicación de los procedimientos de control y registro de documentos, de acuerdo a los formatos establecidos por el MIPG y disponibles en el administrador documental (ISOLUCION)		x		Formatos establecidos en los procedimientos del proceso de Gestión Integral en Salud y Gestión contractual

7	Ejecutar, documentar y hacer seguimiento al Plan de Acción del Progra de Participación Social en Salud, de acuerdo a las líneas de ac asignadas por el supervisor y con base en las orientaciones del Minist de Salud en los siguientes periodos: Primer seguimiento y cargue evidencias: junio 2023. Segundo seguimiento y cargue de evidenc octubre 2023. Ultimo cargue y correcciones: diciembre 2023 (si aplica)	apoyo en la implementacion de la programacion del plan de acción de la Politica de Participación Social en Salud 2023 de la Secretaria de Salud de Boyacá.		x		se cargan los soportes del seguimiento vigencia 2022 y programacion 2023 del plan de accion en participacion social en salud en el drive del programa en su respectivo municipio y acompañamiento y asistencia tecnica basada en la verificación del plan de accion vigencia 2022; Asi mismo se diligencia formulario de seguimiento al plan de accion los municipios de RAMIRIQUI y CHIQUINQUIRA.
8	Apoyar la gestión, recepción y trámite de PQRS de la Oficina de Aten a la Comunidad-SAC de la Secretaría de Salud mediante el QUYNE los mecanismos que disponga la Secretaría de Salud, en caso de necesario y de acuerdo a las necesidades del Programa de Participac Social en Salud.	No se reportaron PQRSD en los municipios asignados..		x		Se espera contar con quejas interpuestas en la articulación con el SAC de la Secretaria de Salud Departamental. No obstante en los foros provinciales se divulga el correo de contactenos@boyaca.gov.co para la radicacion de PQRSF
9	No realizar de manera particular contratos verbales o escritos prestadores de servicios e instituciones del sistema general de seguri social en salud cuyas actividades estén relacionadas con el objeto presente contrato como asesorías, inspecciones, visitas, elaboración documentos, entre otros.	No me encuentro laborando en otra entidad estatal o privada relacionadas con el SGSSS	x			Cumplimiento de lo establecido en este ITEM.
10	Declararse inhabilitado cuando considere que su juicio puede estar sesg por situaciones personales en contra o a favor del prestador.	El presente contrato se ha cumplido a cabalidad	x			Cumplimiento de lo establecido en este ITEM.
11	Radicar informe y cuenta de cobro máximo 5 días hábiles posteriores a cumplimiento de cada mensualidad del contrato, a fin de evitar afectaci en el desempeño financiero del Proyecto de Participación Social en Salu	se garantiza el diligenciamineto de los formatos establecidos por parte del supervisor como los docuementos en el sistema de información QUYNE y las tablas de retención documental vigentes establecidos por el MIPG.	x			cumpliento de lo establecidio en el ITEM.

Firma:_____

Nombre: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2023-013119-SALDPP

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:

Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:

No cumplió las actividades pactadas.

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 1049651436		CASTIBLANCO MATAMOROS EVELIN GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Pataguy	SAMACA-BOYACA	3112022703	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	148510340	9455346018	I	2023/10/10	2023/09/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$414,600

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)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$32,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$32,700		$0	$0
Ciudad: SAMACA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$32,700		$0	$0
1	CC	1049651436 CASTIBLANCO EVELIN	25-14	30	$1,340,000	$214,400	EPS017	30	$1,340,000	$167,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,340,000	$32,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$32,700		$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 1049651436		CASTIBLANCO MATAMOROS EVELIN GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Pataguy	SAMACA-BOYACA	3112022703	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	148510340	9455346018	I	2023/10/10	2023/09/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$414,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,400	$0	$0	$214,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$214,400	$0	$0	$214,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,700	$0	$0	$32,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$32,700	$0	$0	$32,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$167,500	$0	$0	$167,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$167,500	$0	$0	$167,500
TOTAL				**1**	**$414,600**	**$0**	**$0**	**$414,600**

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1**
		CÓDIGO: ED-ST-F-045
PLANILLA DE SEGUIMIENTO		**FECHA: 16/Feb/2023**

DATOS DEL CONTRATISTA				**DATOS DEL SUPERVISOR**	
Contrato N°	1241			Nombre	JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN
Nombre	EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS			Cargo	SUPERVISOR
EPS	**FAMISANAR**	ARL	POSITIVA	Dependencia	PROMOCION SOCIAL EN SALUD
				Periodo de reporte:	01 DE SEPTIEMBRE DE 2023 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023

FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
14 DE SEPTIEMBRE	FORO PROVINCIAL sobre conformacion de asociaciones de usuarios, veedurias en salud, copaco y mecanismos de participacion social	AUDITORIO DIANA JAIME HOSPITAL SAN VICENTE DE RAMIQUI	6 horas	9:00Am	Bus / Buseta
20 DE SEPTIEMBRE	FORO PROVINCIAL sobre conformacion de asociaciones de usuarios, veedurias en salud, copaco y mecanismos de participacion social	AUDITORIO SANTO TOMAS-CHIQUINQUIRA	6 horas	9:00AM	Bus / Buseta
21 DE SEPTIEMBRE	FORO PROVINCIAL sobre conformacion de asociaciones de usuarios, veedurias en salud, copaco y mecanismos de participacion social	AUDITORIO TEATRO BICENTENARIO	4 horas	9:00am	Bus / Buseta
22 DE SEPTIEMBRE	CAPACITACION POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD A FUNCIONARIOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE TUNJA	AUDITORIO 6 PISO ALCALDIA DE TUNJA	3 horas	8:00AM	Bus / Buseta
FIRMA DEL SUPERVISOR			Nota: Este formato es diligenciado por el supervisor como herramienta para el seguimiento al cumplimiento del objeto contractual.		

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

ACTA PARCIAL	7		
FECHA PRESENTE ACTA	2/10/2023		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	1241	DE FECHA: 01/03/2023	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO A LAS INSTITUCIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD Nº1		
CONTRATISTA	EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS		NIT:1049651436-1
			C.C:1049651436
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN		C.C:1019013549
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 25.047.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° 1 _____	VALOR	$ 6.679.200,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 31.726.200,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES Y QUINCE (15)DÍAS		
PRORROGA N° 1_____	Tiempo: DOS (2) MESES Y CERO (0)DÍAS	De Fecha: 14/09/2023.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	NUEVE (9) MESES Y QUINCE (15)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	01/03/2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	15/10/2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	15/12/2023		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	1 DE SEPTIEMBRE DE 2023 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023		
RBPP N°	2022 00415 0372		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2064 AÑO: 2023, RPC No 7566 AÑO 2023.

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN Interventor / Supervisor y el señor EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS 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° 9455346018 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	$ 31.726.200,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.339.600,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 20.037.600,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 8.349.000,00
Sumas iguales	$ 31.726.200,00	$ 31.726.200,00

**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: 177270007962	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: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS
CONTRATISTA

Radicado No. S-2023-013132-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