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

PERIODO REPORTE: 1 OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE de 2023 CONTRATO No. OO52

REGISTRO BPyP No.: N. A.

FECHA INICIACIÓN: 12 DE ENERO DE 2023 FECHA TERMINACIÓN: 31 de DICIEMBRE DE 2023

CONTRATISTA: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** INTERVENTOR: **IRENE DIAZ EREGUA**

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO VIJAGUAL PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO VIJAGUAL PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO VIJAGUAL PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.	X			SE CONTINUA DANDO CUMPLIMIENTO AL OBJETO DEL CONTRATO, ESTANDO LOS EQUIPOS E INSTALACIONES EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO.

Firma: Irene Diaz Eregua
Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: Javier Jiménez
Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**
CONTRATISTA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
10/11/2023
Firma: Marcela D.

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

CERTIFICACION DE USO DEL INMUEBLE

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 0052-2023

CERTIFICA QUE:

El inmueble ha sido usado para el objeto del contrato No. **0052-2023** cuyo objeto es: "ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO VIJAGUAL PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD".

Por haber cumplido con todo lo suscrito en el contrato en mención se puede proceder al pago del periodo del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2023.

Se expide en Tunja el VEINTITRES (23) DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTITRES (2023)

IRENE DIAZ EREGUA
Supervisor del Contrato

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	23 de octubre de 2023		
CONTRATO _X__ CONVENIO _____	No. OO52	DE FECHA: 12 DE ENERO DE 2023	
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO VIJAGUAL PARA ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
CONTRATISTA	JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS	NIT: 6766557-1	
		C.C: 6.766.557	
INTERVENTOR __ SUPERVISOR _X_	IRENE DIAZ EREGUA	C.C: 21.248.967	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 17.322.264,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 17.322.264,00		
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023		
PRORROGA N° ____	Tiempo: N. A.	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N. A.	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023		
FECHA DE INICIACIÓN	12 DE ENERO DE 2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N. A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N. A.		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	31 DE DICIEMBRE DE 2023		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023		
RBPP N°	N. A.		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 72 AÑO: 2023

En las oficinas de LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA_ se reunieron los señores, _ IRENE DIAZ EREGUA__ Interventor / Supervisor y el señorJAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS 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, de acuerdo a la planilla No 4517722492 de octubre, de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 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 financiacion (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	$ 17.322.264,00	-
Amortización Anticipo	-	-
Valor a pagar de la presente acta	-	$ 4.330.566,00
Valor Total actas pagadas	-	$ 12.991.698,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)	-	-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)	-	-
Sumas iguales	$ 17.322.264,00	$ 17.322.264,00

**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: 7302070304	BANCO: COLPATRIA	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: SE ADJUNTAN PLANILLAS PENDIENTES DE AGOSTO No. 4513256330 Y SEPTIEMBRE No. 4513354790

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma:
Nombre: IRENE DIAZ EREGUA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CONTRATISTA

* 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
10/11/2023
Firma Marcela D.

Original: Archivo Carpeta Secretaria de Contratacion — Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4513256330**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2023			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/08/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995450526

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
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	PENSIÓN						SALUD						ARP																											
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0												

TOTAL	**$ 207.100**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4513354790**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/09/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995830820

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																													PENSIÓN								SALUD						ARP															
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400				NO																				$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0													

TOTAL	**$ 207.100**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4517722492**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			7177729512

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |