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

PERIODO REPORTE: 02 de diciembre de 2023 al 26 de diciembre de 2023 CONTRATO No. 2438

REGISTRO BPyP No.: 2022 00415 0288

FECHA INICIACIÓN:02/06/2023 FECHA TERMINACIÓN: 26/12/2023

CONTRATISTA: LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ INTERVENTOR: MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE LAS RIAS CARDIOVASCULAR, HIPERTENSION Y DIABETES 1,05

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
	Realizar asesoría, asistencia, seguimiento y evaluación de las acciones que fomenten hábitos y estilos de vida saludable (alimentación saludable, actividad física y reducción de consumo de cigarrillo) en 25 municipios del departamento y en el marco de la Gestión de la Salud Pública y del Plan de Intervenciones Colectivas	Se realizaron 2 asesorías, asistencias, seguimientos y evaluaciones de las acciones que fomenten hábitos y estilos de vida saludable (alimentación saludable, actividad física y reducción de consumo de cigarrillo) en Zetaquira, Puerto Boyacá.	X			Anexo: Actas y listados de asistencia
	Ejecutar asesoría, asistencia, seguimiento y evaluación en el desarrollo de las RIAS CARDIOVASCULAR, DIABETES, CANCER Y EPOC, armonizadas al sistema de información clínico del paciente crónico PAICEC en 25 ESE públicas del departamento	Se realizaron 3 asistencias técnicas a E.S.E sobre RIAS CARDIOVASCULAR, DIABETES, CANCER Y EPOC de Miraflores, Togüi y Chitaraque.	X			Anexo: Actas y listados de asistencia
	Desarrollar asesoría y asistencia técnica para garantizar la calidad en las acciones para el control de riesgos y la detección temprana del CANCER en articulación con prestación de servicios de salud, aseguramiento y vigilancia epidemiológica, en 25 ESE públicas del departamento	Se realizaron 3 asistencias técnicas a E.S.E sobre RIAS CARDIOVASCULAR, DIABETES, CANCER Y EPOC de Miraflores, Togüi y Chitaraque	X			Anexo: Actas y listados de asistencia
	Participar activamente en la gestión del Consejo Departamental asesor de Cáncer Infantil – CODACAI, para Boyacá.	N/A	X			
	Fomentar la estrategia para la prevención y el control del EPOC “Tomate la Vida con un Segundo Aire” en 25 ESE públicas del departamento	Se realizaron 3 visitas para la estrategia para la prevención y el control del EPOC “Tomate la Vida con un Segundo Aire” en las E.S.E de Miraflores, Togüi y Chitaraque	X			Anexo: Actas y listados de asistencia
	Realizar asesoría, asistencia técnica, seguimiento y monitoreo al alistamiento, desarrollo y evaluación del modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y	N/A	X			

	Sostenibles (CERSS) en dos municipios priorizados en el departamento					
	Articular acciones intersectoriales e interinstitucionales para el desarrollo de la estrategia “Soy Ejemplo” en las instituciones educativas priorizadas en el departamento y en el marco de la Tienda Escolar Saludable	Se realiza una reunión de equipo para revisión de instrumento de recolección de la información	X			Anexo: Actas y listados de asistencia
	Elaborar, actualizar y divulgar el documento del “Análisis de la Situación de las Enfermedades No Transmisibles de la Población en Boyacá”	N/A	X			
	Apoyar la elaboración del proyecto de la dimensión “Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles” para la vigencia 2024.	N/A	X			
	Elaborar la planeación, organización y convocatoria de las actividades propuestas por la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, así como los informes, respuestas y demás requerimientos que sean solicitados.	N/A	X			
	Archivar física y magnéticamente los documentos que se generen en la dimensión, utilizando la nemotecnia de las tablas de retención documental y las normas del Sistema Integrado de Gestión.	Se realiza actividades de archivo de documentos disponibles del año 2020-2021-2022-2023	X			Anexo: Actas y listados de asistencia

Firma:_____

Nombre: MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2023-018862-SALDPP

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013617016	LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ	Calle 54A sur # 37-81	7514342	leigomezher24@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	11/12/2023	73156431	$455.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	183.900	0		0		0	0	0	0	183.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	235.400	0	0	0	0	0	0		235.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.900				35.900	0	0	35.900			359	35.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	183.900	183.900
Pensión	1	235.400	235.400
Riesgos Laborales	1	35.900	35.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	455.200	455.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013617016	LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ		Calle 54A sur # 37-81	7514342	leigomezher24@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	11/12/2023	73156431	$455.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013617016	GOMEZ HERNANDEZ LEIDY JOHANNA	59	0			N																	230201	1.470.700	235.400	0	0	0	0	EPS008	1.470.700	183.900	14-11	1.470.700	3	35.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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°	**2438**			Nombre	**MARTHA ILIANA VEIRA ANDRADE**
Nombre	**LEIDY JOHANNA GÓMEZ HERNÁNDEZ**			Cargo	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO SECRETARIA DE SALUD**
EPS	**COMPENSAR**	ARL	**SURA**	Dependencia	**PROMOCION Y PREVENCION**
				Periodo de reporte:	**02 DE DICIEMBRE DE 2023 AL 26 DE DICIEMBRE DE 2023**

FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
2/12/2023	ASISTENCIA TECNICA E.S.E	GACHANTIVA	160 MINUTOS	9:00 a. m.	Camioneta
7/12/2023	ASISTENCIA TECNICA GSP	SUTAMARCHAN	60 MINUTOS	11:00 a. m.	Camioneta
11/12/2023	ASISTENCIA TECNICA E.S.E	TOGUI	160 MINUTOS	2:00 p. m.	Camioneta
12/12/2023	ASISTENCIA TECNICA E.S.E	MIRAFLORES	160 MINUTOS	9:00 a. m.	Camioneta
13/12/2023	ASISTENCIA TECNICA GSP	ZETAQUIRA	60 MINUTOS	9:00 a. m.	Camioneta
14/12/2023	ASISTENCIA TECNICA E.S.E	SUTAMARCHAN	160 MINUTOS	9:00 a. m.	Camioneta
15/12/2023	ASISTENCIA TECNICA E.S.E	CHITARAQUE	60 MINUTOS	1:00 p. m.	Camioneta

ELABORADO POR	**NOMBRE: LEIDY JOHANNA GÓMEZ HERNÁNDEZ**	**FIRMA**
FIRMA DEL SUPERVISOR	**MARTHA ILINA VEIRA ANDRADE**	

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	DICIEMBRE DE 2023		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	No. 2438	DE FECHA: 01/06/2023	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE LAS RIAS CARDIOVASCULAR, HIPERTENSION Y DIABETES 1,05		
CONTRATISTA	LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ		NIT:1013617016-5 :
			C.C:1013617016
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE		C.C:51626911
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 30.149.350,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 30.149.350,00	
PLAZO INICIAL	SEIS (6) MESES Y VEINTICINCO (25)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	SEIS (6) MESES Y VEINTICINCO (25)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	02/06/2023		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	26/12/2023		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	02 de diciembre de 2023 al 26 de diciembre de 2023		
RBPP N°	2022 00415 0288		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 4994 AÑO: 2023, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE Interventor / Supervisor y el señor LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ 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° 73156431 del mes (es) Diciembre 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 o convenio	$ 30.149.350,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.676.750,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 26.472.600,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 30.149.350,00	$ 30.149.350,00

**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: 270130701	BANCO: Banco de Bogotá	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: MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: LEIDY JOHANNA GOMEZ HERNANDEZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2023-018860-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