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 Noviembre a 25 de Diciembre de 2023

CONTRATO No. 438

Gobernación de Boyacá
TRAMITADO
Julie Montoya Medina
Firma: Fecha: 18/12/2023

REGISTRO BPyP No.: 2022 00415 0307 A1

FECHA INICIACIÓN:26/01/2023

FECHA TERMINACIÓN: 25/12/2023

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.	Diariamente se realizan acciones enfocadas a la operación del MIPG con el apoyo de los funcionarios de la Secretaria de Salud.	X			Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica del Sector Salud 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 monitorea la herramienta Isolución con el rol de responsable de proceso y se revisan todos los documentos enviados a aprobación. Se actualizo en Isolución el normograma de la Secretaria de Salud.	X			Evidencia: Herramienta Isolución Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co
3	Entregar los informes requeridos por las dependencias de la Gobernación de Boyacá en lo referido al MIPG	Se entrego el informe de empalme y los documentos a la Secretaria de Planeaciòn para la nueva administración. Se realizo el acta de empalme de la reunión entre los funcionarios de la Secretaria de Salud y los	X			Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

		profesionales de la nueva administración.				
4	Medir en la herramienta Isolución los indicadores de gestión que pertenecen a la Secretaria de Salud	Se realizó la medición de los indicadores con corte mensual en la herramienta Isolución	X			Evidencia: Herramienta Isolución

Firma:_____

Nombre: EDINSON MAURO RICO MARTINEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2023-000649-SALOGE

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:	1049611506
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 8 NO 16-16	TELÉFONO:	7457334
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4531255181**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997001561

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	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 243.200	$ 1.900	$ 245.100
SUBTOTALES:										**$ 243.200**	**$ 1.900**	**$ 245.100**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 190.000	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 190.000	$ 1.500	$ 0	$ 191.500
SUBTOTALES:													**$ 190.000**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 191.500**

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	$ 8.000	$ 8.000	$ 100	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 8.100**

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 1049611506	HERNANDEZ SUAREZ ALBA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.520.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.520.000	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.200	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.520.000	$ 190.000	$ 0	$ 190.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.520.000	104961150	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 444.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049611506
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 8 NO 16-16	TELÉFONO:	7457334
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4531255430**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997001520

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	$ 202.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.700	$ 0	$ 202.700
SUBTOTALES:										**$ 202.700**	**$ 0**	**$ 202.700**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 158.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.400	$ 0	$ 0	$ 158.400
SUBTOTALES:													**$ 158.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 158.400**

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	$ 6.700	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 6.700
SUBTOTALES:									**$ 6.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.700**

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 1049611506	HERNANDEZ SUAREZ ALBA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.520.000				NO		25																230301-PORVENIR	25	$ 1.266.667	$ 202.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 202.700	EPS008-COMPENSAR	25	$ 1.266.667	$ 158.400	$ 0	$ 158.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	25	$ 1.266.667	104961150	$ 6.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 367.800**

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. 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° 1 _____	VALOR	$ 11.343.000,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 41.591.000,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° 1_____	Tiempo: TRES (3) MESES Y CERO (0)DÍAS	De Fecha: 20/09/2023	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	ONCE (11) 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	25/12/2023		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	26 de noviembre a 25 de diciembre de 2023		
RBPP N°	2022 00415 0307 A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 553 AÑO: 2023, RPC No_No__7685_ AÑO_2023_.

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° 4531255181 , 4531255430 del mes (es) Noviembre y 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	$ 41.591.000,00	$ 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	$ 37.810.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 41.591.000,00	$ 41.591.000,00

**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-2023-000650-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