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

PERIODO REPORTE: 01/10/2023 al 29/12/2023 CONTRATO No. 627

REGISTRO BPyP No.: 2022004150317

FECHA INICIACIÓN: 6 DE FEBRERO DE 2023 FECHA TERMINACIÓN: 29 DE DICIEMBRE DE 2023

CONTRATISTA: CONGREGACION " HERMANAS DE CARIDAD DOMIINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN-PROVINCIA DE BOGOTA". INTERVENTOR: AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE UN INMUEBLE Y ESPACIOS LIBRES UBICADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE SOATA, INSCRITO BAJO EL FOLIO DE MATRÍCULA INMOBILIARIA N. 093-24811 PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACION DEL MUNICIPIO DE SOATA, DE PROPIEDAD DE LA CONGREGACION DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN PARA EL AÑO LECTIVO 2023.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Entregar al arrendatario, al momento de la celebración del contrato, el inmueble dado en arrendamiento en buen estado de servicio y poner a disposición los servicios públicos requeridos para el buen funcionamiento.	Se hizo entrega del inmueble, el arrendatario se encuentra en uso del inmueble	X			
2	Permitirle el uso y goce del inmueble objeto del presente contrato y para la destinación estipulada.	Para el presente periodo se gozo del inmueble según el objeto del contrato #627-2023	X			
3	Entregar el inmueble en perfectas condiciones de uso, habitabilidad y con los servicios públicos domiciliarios al día.	El inmueble no ha requerido mas intervenciones diferentes a las solciitadas según informe del 13 de marzo de 2023	X			
4	Seguir las indicaciones que el supervisor del contrato realice por escrito.	Se ha cumplido hasta la fecha	X			
5	Obrar con lealtad y buena fe en cada una de las etapas contractuales, evitando dilataciones y entrabamientos.	Se ha mantenido la lealtad y buena fe hasta la fecha	X			
6	Mantener la reserva sobre la informacion que se le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato.	Se ha mentenido toda reserva a la información hasta la fecha	X			

7	Conocer integramente los manuel del Sistema Integrado de Gestion de Calidad de la Gobernacion de Boyaca y aplicar los procedimientos con su respectivos formatos en desarrollo del contrato.	Se conoce y se aplica hasta la fecha	X			
8	Las demas que deriven de la ejecucion del objeto del contrato, de acuerdo a su naturaleza que sean concertada entre las partes.	Se ha cumplido con todos los requerimientos hasta la fecha	X			

Firma: _____

Nombre: AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: HERMANA PASTORA MARÍN VASQUEZ

CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
TRAMITADO
Leidy Herilet Porras
Firma: _____ Fecha: 18/12/23

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	**NIT:**	860006745
Tipo Planilla:	Y	**Periodo liquidación Pensiones:**	octubre 2023
Sucursal o Dependencia:	ASOCIACION HERMANAS INDEPENDIENTES	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2023
Número de Radicación:	72103239	**Total a pagar:**	$47,628,400
Fecha de vencimiento:	14/11/2023	**Total de empleados:**	143
Fecha de Pago:	02/11/2023	**Número de Administradoras:**	10

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	254959525
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	142		$0	$1,078,100
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	3		$0	$556,800
230301	800224808	Porvenir	9		$0	$1,716,800
231001	800227940	Colfondos	29		$0	$6,310,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	36		$0	$12,157,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	76		$0	$14,481,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	3		$0	$435,000
EPS010	800088702	EPS Sura	3		$0	$477,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	60		$0	$10,269,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$145,000
						$47,628,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	**NIT:**	860006745
Tipo Planilla:	Y	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2023
Sucursal o Dependencia:	ASOCIACION HERMANAS INDEPENDIENTES	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2023
Número de Radicación:	72973049	**Total a pagar:**	$47,628,400
Fecha de vencimiento:	13/12/2023	**Total de empleados:**	143
Fecha de Pago:	04/12/2023	**Número de Administradoras:**	10

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	316863703
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	142		$0	$1,078,100
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	3		$0	$556,800
230301	800224808	Porvenir	9		$0	$1,716,800
231001	800227940	Colfondos	29		$0	$6,310,400
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	36		$0	$12,157,300
EPS005	800251440	Sanitas EPS	76		$0	$14,481,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	3		$0	$435,000
EPS010	800088702	EPS Sura	3		$0	$477,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	60		$0	$10,269,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$145,000
						$47,628,400

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	**NIT:**	860006745
Tipo Planilla:	Y	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2023
Sucursal o Dependencia:	ASOCIACION HERMANAS INDEPENDIENTES	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2023
Número de Radicación:	71388710	**Total a pagar:**	$47,851,000
Fecha de vencimiento:	11/10/2023	**Total de empleados:**	146
Fecha de Pago:	03/10/2023	**Número de Administradoras:**	12

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	197854049
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	145		$0	$1,086,400
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	3		$0	$556,800
230301	800224808	Porvenir	10		$0	$1,723,000
231001	800227940	Colfondos	30		$0	$6,496,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	35		$0	$11,971,800
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0	$111,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	77		$0	$14,433,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	3		$0	$435,000
EPS010	800088702	EPS Sura	3		$0	$477,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	60		$0	$10,269,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$145,000
EPSC25	891856000	Capresoca EPS	1		$0	$145,000
						$47,851,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L**, identificada con **NI** número **860006745**, aportó por el empleado **PASTORA MARIN VASQUEZ** identificado(a) con **CC** número **51864785** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	16															0		30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Noviembre - 2023	72973049	04/12/2023	No
14-11	ARL SURA	16															0		30	$1,160,000	0.00522	$6,100	$0	$0	Noviembre - 2023	72973049	04/12/2023	No
EPS010	EPS Sura	16															0		30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Noviembre - 2023	72973049	04/12/2023	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Diciembre**de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L**, identificada con **NI** número **860006745**, aportó por el empleado **PASTORA MARIN VASQUEZ** identificado(a) con **CC** número **51864785** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 10 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	16															0		30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Octubre - 2023	72103239	02/11/2023	No
14-11	ARL SURA	16															0		30	$1,160,000	0.00522	$6,100	$0	$0	Octubre - 2023	72103239	02/11/2023	No
EPS010	EPS Sura	16															0		30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Octubre - 2023	72103239	02/11/2023	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **9** días del mes **Noviembre**de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L**, identificada con **NI** número **860006745**, aportó por el empleado **PASTORA MARIN VASQUEZ** identificado(a) con **CC** número **51864785** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	16															0		30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Septiembre - 2023	71388710	03/10/2023	No
14-11	ARL SURA	16															0		30	$1,160,000	0.00522	$6,100	$0	$0	Septiembre - 2023	71388710	03/10/2023	No
EPS010	EPS Sura	16															0		30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Septiembre - 2023	71388710	03/10/2023	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **9** días del mes **Octubre** de **2023**

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860006745-6	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	CALLE 19 NO 19-27	2472300	gh@economato.lapresentacionprovinciabogota.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ASOCIACION HER	120	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	Y	22/12/2023	73476407	$336.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

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
NI	860006745-6	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L		CALLE 19 NO 19-27	2472300	gh@economato.lapresentacionprovinciabogota.org
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ASOCIACION HER	120	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	Y	22/12/2023	73476407	$336.700	

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	51864785	MARIN VASQUEZ PASTORA	16	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com

[x] Cerrar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	**Nit:**	860006745
Tipo planilla:	Y	**Periodo liquidación Pensiones**	Diciembre 2023
Sucursal o Dependencia:	ASOCIACION HERMANAS INDEPENDIENTES	**Periodo liquidación Salud:**	Diciembre 2023
Número de radicación:	73476407	**Total a pagar:**	$336,700
Fecha de vencimiento:	12/01/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	22/12/2023	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número de aprobación:**	355358009
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$6,100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$185,600
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0.00	$145,000
						$336,700

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos**

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

La nómina electrónica de tu empresa con nosotros. Ir a minomina.com

[x] Cerrar

compensar | miplanilla.com

Comfenalco Valle delagente

certicámara

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet Edinet

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

ACTA PARCIAL	4	
FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DEL 2023	
CONTRATO X CONVENIO ____	627	DE FECHA: 03/02/2023
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE UN INMUEBLE Y ESPACIOS LIBRES UBICADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE SOATA, INSCRITO BAJO EL FOLIO DE MATRÍCULA INMOBILIARIA N. 093-24811 PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACION DEL MUNICIPIO DE SOATA, DE PROPIEDAD DE LA CONGREGACION DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN PARA EL AÑO LECTIVO 2023.	
CONTRATISTA	CONGREGACION " HERMANAS DE CARIDAD DOMIINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN-PROVINCIA DE BOGOTA".	NIT: 860.006.745-6
	R/L PASTORA MARIN VASQUEZ	C.C: 51.864.785
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO	C.C: 40.021.455
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : $ 340.262.200,00	
	APORTE DEPARTAMENTO: $ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 340.262.200,00	
PLAZO INICIAL	APARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023	
PRORROGA N° ____	Tiempo: De Fecha:	
PRORROGA N° ____	Tiempo: De Fecha:	
PLAZO TOTAL	APARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 29 DE DICIEMBRE DE 2023	
FECHA DE INICIACIÓN	06 DE FEBRERO DEL 2023	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	29 DE DICIEMBRE DEL 2023	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	01 OCTUBRE AL 29 DE DICIEMBRE DEL 2023	
RBPP N°	2022004150317	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 904 AÑO: 2023, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de la Secretaraia de Educacion de Boyaca se reunieron los señores, AURA MARINA SALOMON Interventor / Supervisor y el señor PASTORA MARIN VASQUEZ 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/A del mes (es) N/A 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	340.262.200,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		85.065.550,00
Valor Total actas pagadas		255.196.650,00
Saldo por ejecutar		
Sumas iguales	340.262.200,00	340.262.200,00

**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: **470100410336**	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:Se adjunta las planillas de seguridad social del periodo correspondiente.

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

Firma: _____
Nombre: **AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: PASTORA MARIN VASQUEZ
CONTRATISTA

Firma: _____

GOBERNACIÓN DE Boyacá
Radicado N°
SECCON -2188-2023

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARÍA DE CONTRATACIÓN
REVISADO
Leidy Herilet Porras
Firma: _____ Fecha: 18/12/23

Nombre: HNA. ELSA PATRICIA BERNAL C.
RECTOR(A) DE LA INSTITUCION EDUCATIVA

* 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