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

PERIODO REPORTE: 16-01-2024 a 15-02-2024 CONTRATO No. 46

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0302

FECHA INICIACIÓN:16/01/2024 FECHA TERMINACIÓN: 15/07/2024

CONTRATISTA: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS INTERVENTOR: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE LOS PROCESOS A DESARROLLAR EN LA OFICINA ASESORA DE DESPACHO (1,06-2)

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Acompañar a la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá en el diseño de estrategias y revisión de documentación allegada por las sectoriales para el direccionamiento de las secretarías de la Gobernación de Boyacá.	Se Realizaron las actividades de acuerdo a las directrices de la supervisión, frente a la asignación de elementos desarrollados en la Unidad Administrativa de Comunicaciones y Protocolo		x		
2	Apoyar y acompañar el diseño, revisión y elaboración de los proyectos de inversión que requieran y/o soliciten las sectoriales junto con los proyectos que desarrollen desde la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá.	Se acompaño permanentemente los procesos asignados desde la supervisión del contrato, asumiendo activamente cada directriz desde la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá		x		
3	Apoyar el seguimiento de los proyectos de inversión que sean direccionados por la oficina asesora de despacho.	Se realizo trazabilidad a los proyectos de inversión relacionados en la asignación a la Unidad Administrativa de Comunicaciones y Protocolo		x		
4	Apoyar y acompañar de forma permanente al Asesor de Despacho en las diferentes reuniones y/o comités programados por el Gobernador del Departamento y el Asesor de Despacho.	Se asistió y apoyo en las diferentes reuniones pautadas dentro de la agenda del asesor de despacho, como consejos de gobierno, comités regionales, , encuentro de provincias por Boyacá Grande, entre otros asignados.		x		

Firma:_____

Nombre: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000023-UCP

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:	1117515519
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	KRA 8B 6 60 LA ESTRELLA	TELÉFONO:	4444444
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:		**4540645731**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO	2024
DÍAS DE MORA:		16			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997770027

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 208.000	$ 3.000	$ 211.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 3.000**	**$ 211.000**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 162.500	$ 2.400	$ 0	$ 164.900
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 164.900**

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	$ 6.800	$ 6.800	$ 100	$ 0	$ 6.900
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 6.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP														
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1117515519	ROSAS CARDENAS NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.640.400				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	111751551	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 382.800**

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

ACTA PARCIAL	1	
FECHA PRESENTE ACTA	15/02/2024	
CONTRATO X CONVENIO	46	DE FECHA: 16/01/2024
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE LOS PROCESOS A DESARROLLAR EN LA OFICINA ASESORA DE DESPACHO (1,06 -2)	
CONTRATISTA	NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS	NIT: 1117515519 -7 C.C: 1117515519
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ	C.C: 1057595208
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : $ 28.872.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO: $ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR $0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 28.872.000,00	
PLAZO INICIAL	SEIS (6) MESES Y CERO (0)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 CERO (0)DÍAS	
FECHA DE INICIACIÓN	16/01/2024	
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A	
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A	
FECHA DE TER MINACIÓN	15/07/2024	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A	
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	del 16 de enero al 15 de febrero 2024	
RBPP N°	2023 00415 0302	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 260 AÑO: 2024, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de UNIDAD ADMINISTRATIVA DE COMUNICACIONES Y PROTOCOLO se reunieron los señores, DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ Interventor / Supervisor y el señor NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS 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° 4540645731 del mes (es) 1 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 observacioneso aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 28.872.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.812.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 24.060.000,00
Sumas iguales	$ 28.872.000,00	$ 28.872.000,00

*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 observacioneso aclaraciones de la presente acta.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 46655619780	BANCO: Bancolombia 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: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-000043-UCP
* 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.