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

PERIODO REPORTE: 16/03/2024 a 15/04/2024 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 en el periodo de 16/03/2024 a 15/04/2024, frente a la asignación de elementos desarrollados en la U.A.C.P		X		
2	Apoyar y acompañar el diseño, revisión y elaboración de proyectos de inversión que lo 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 número 0046, asumiendo activamente cada directriz desde la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá en el periodo 16/03/2024 a 15/04/2024.		X		
3	Apoyar el seguimiento de los proyectos de inversión que sean direccionados por la oficina asesora de despacho.	Se realizo la trazabilidad a los proyectos de inversión relacionados en la asignación de la U.A.C.P. en el periodo que corresponde a16/03/2024 a 15/04/2024.		X		
4	Apoyar y acompañar la forma permanentemente al Asesor de Despacho en las diferentes reuniones y/o comités programados por el	Se asistió en el periodo que corresponde a16/03/2024 a 15/04/2024 y apoyo en las diferentes reuniones pautadas		X		

	Gobernador del departamento y el Asesor de Despacho	dentro de la agenda del asesor de despacho, como consejos de gobierno, comités regionales, encuentros de provincias, plan de desarrollo Departamental, entre otros asignados x 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)				

Firma:_____

Nombre: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000224-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:		**4547433576**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998328850

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	$ 308.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 308.000	$ 1.900	$ 309.900
SUBTOTALES:										**$ 308.000**	**$ 1.900**	**$ 309.900**

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	$ 240.600	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 240.600	$ 1.500	$ 0	$ 242.100
SUBTOTALES:													**$ 240.600**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 242.100**

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	$ 10.100	$ 10.100	$ 100	$ 0	$ 10.200
SUBTOTALES:									**$ 10.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.200**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1117515519	ROSAS CARDENAS NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.924.800				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.924.800	$ 308.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.924.800	$ 240.600	$ 0	$ 240.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.924.800	111751551	$ 10.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 562.200**

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

ACTA PARCIAL	3		
FECHA PRESENTE ACTA	15/04/2024		
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 TERMINACIÓN	15/07/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	16/03/2024 a15/04/2024		
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° 4547433576 del mes (es) marzo 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	$ 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	$ 9.624.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 14.436.000,00
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 observaciones o 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-2024-000225-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.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor