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

PERIODO REPORTE: 1 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO de 2024 CONTRATO No. O239

REGISTRO BPyP No.: N. A.

FECHA INICIACIÓN: 2 DE FEBRERO DE 2024 FECHA TERMINACIÓN: 31 de DICIEMBRE DE 2024

CONTRATISTA: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** INTERVENTOR: **IRENE DIAZ EREGUA**

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE PREDIO EN CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACION A FIN DE ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE BOYACA Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN A FIN DE ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE BOYACA Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN A FIN DE ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE BOYACA Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	X			SE CONTINUA DANDO CUMPLIMIENTO AL OBJETO DEL CONTRATO, ESTANDO LOS EQUIPOS E INSTALACIONES EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO.

Firma: _____
Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**
CONTRATISTA

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

BOYACÁ GRANDE **GOBERNACION DE BOYACA**
SECRETARIA CONTRATACION
TRAMITADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
fecha **18 DE ABRIL DE 2024**

Secretaría de
SALUD

CERTIFICACION DE USO DEL INMUEBLE

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 0239-2024

CERTIFICA QUE:

El inmueble ha sido usado para el objeto del contrato No. **0239-2024** cuyo objeto es:

"ARRENDAMIENTO DE PREDIO EN CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN A FIN DE ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE BOYACA Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD".

Por haber cumplido con todo lo suscrito en el contrato en mención se puede proceder al pago del periodo del 1 de abril al 30 de junio de 2024.

Se expide en Tunja el DIECISEIS (16) DE ABRIL DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024)

IRENE DIAZ EREGUA
Supervisor del Contrato

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

ACTA PARCIAL	**N. 02**		
FECHA PRESENTE ACTA	**16 de abril de 2024**		
CONTRATO _x___ CONVENIO ___	**O239**	DE FECHA: **2 de febrero de** 2024	
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN A FIN DE ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
CONTRATISTA	**JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS**		NIT: **6.766.557-1**
			C.C: **6.766.557**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	**IRENE DIAZ EREGUA**		C.C: **21.248.967**
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 19.054.488,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 19.054.488,00	
PLAZO INICIAL	**A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N. A.	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N. A.	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	**A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
FECHA DE INICIACIÓN	**2 DE FEBRERO DE 2024**		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N. A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N A		
FECHA DE TERMINACIÓN	**31 de DICIEMBRE DE 2024**		
FECHA DE TERMINACION REAL	**N.A.**		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**Del 1 abril al 30 de junio de 2024**		
RBPP N°	**N. A.**		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: No: 579 AÑO: **2024**

En las oficinas de **LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA**_ se reunieron los señores, _ **IRENE DIAZ EREGUA**__ Interventor / Supervisor y el señor **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** 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, de acuerdo a la planilla N° 4543966367 de abril, 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 casosen los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, según 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	19.054.488,00	
Amortización Anticipo	-	-
Valor a pagar de la presente acta	-	4.763.622,00
Valor Total actas pagadas	-	4.763.622,00
Saldo por ejecutar	-	9.527.244,00
Sumas iguales	19.054.488,00	19.054.488,00

**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: 7302070304	BANCO: COLPATRIA	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 PLANILLA PENDIENTE DE MARZO No. 4539988021

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

Firma: _____
Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE (CUAND
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUA
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR

BOYACÁ GRANDE GOBERNACION DE BOYACA
SECRETARIA CONTRATACION
REVISADO
SANDRA M. QUIROGA FONSECA
fecha **18 DE ABRIL DE 2024**

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor

BOYACÁ GRANDE GOBERNACION DE BOYACA
SECRETARIA CONTRATACION
RADICADO
SECCON- 0337 -2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
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:		**4543966367**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998332154

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

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 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400				NO																					$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0		$ 0													

TOTAL	**$ 207.100**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4539988021**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998039045

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 207.100
SUBTOTAL:			1	**$ 207.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 207.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 207.100**

Planilla Pagada