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

PERIODO REPORTE: 01 de junio al 30 de junio de 2024

CONTRATO No. 215

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0325

FECHA INICIACIÓN:01/02/2024

FECHA TERMINACIÓN: 31/07/2024

CONTRATISTA: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

INTERVENTOR: EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA OFICINA ASESORA PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL SECTOR SALUD No. 5

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 implementación del MIPG con el apoyo de los funcionarios de la Secretaria de Salud. Apoyo en la creación del instructivo del proceso financiero de la Secretaria de Salud		X		
2	Apoyar a la Secretaria de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta Isolución	Se brindo asistencia técnica para la revisión y actualización de procedimientos y formatos del subproceso Promoción y prevención en salud y Aseguramiento en salud		X		
3	Gestionar el debido proceso para la evaluación de desempeño de los servidores públicos de la Secretaria de Salud	Se brindo apoyo al Jefe de la Oficina Asesora para la Gestión Estratégica del Sector salud para la evaluación del desempeño parcial de la funcionaria Angela Gonzalez		X		

4	Entregar los informes requeridos por las dependencias de la Gobernación de Boyacá en lo referido al MIPG	Se consolido y envío el anuario estadístico 2023. Se actualizo el Normograma de la Secretaria de salud		X		

Firma:_____

Nombre: EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000305-SALOGE

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
No. Identificación: CC1049611506
Dirección: CRA5 D N 13 A 23
Telefono: 7475704
Correo: hernandezcostanza@gmail.com
Ciudad: TUNJA
Número de Planilla: 8378343307

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC1049611506
Número de planilla	8378343307
Fecha pago	2024-07-08
Número de autorización pago	26559398
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	466300
Total Intereses de Mora	1900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8500	1
230301	Porvenir	257000	1
EPS008	Compensar EPS	200800	1

8378343307

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1049611506
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1600000	1600000	1600000	0	200000	0	256000	0	8400	0

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

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

ACTA PARCIAL	5		
FECHA PRESENTE ACTA	8/07/2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	215	DE FECHA: 01/02/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA OFICINA ASESORA PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL SECTOR SALUD No. 5		
CONTRATISTA	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ		NIT:1049611506-6
			C.C:1049611506
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA		C.C:74347061
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 23.820.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 23.820.000,00	
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	01/02/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/07/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	01 de junio al 30 de junio de 2024		
RBPP N°	2023 00415 0325		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 529 AÑO: 2024, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de OFICINA ASESORA PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL SECTOR SALUD se reunieron los señores, EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA 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° 8378343307 del mes (es) junio 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	$ 23.820.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.970.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 15.880.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 3.970.000,00
Sumas iguales	$ 23.820.000,00	$ 23.820.000,00

**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: 0550488420026574	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: EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-000329-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