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

PERIODO REPORTE: 10 DE JUNIO DE 2024 AL 09 DE JULIO DE 2024

CONTRATO No. 1506

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0003

FECHA INICIACIÓN:10/04/2024

FECHA TERMINACIÓN: 09/10/2024

CONTRATISTA: EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS

INTERVENTOR: ERIKA GEOVANNA ROSAS SALAMANCA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DENTRO DEL DEPARTAMENTO PARA APOYAR AL PERSONAL DE PLANTA DE LA DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS EN LA REALIZACION DE LAS VISITAS DE VERIFICACION DE CONDICIONES DE HABILITACION, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE No 19

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Cumplir con el cronograma de las visitas programadas por la Dirección de Prestación de Servicios a los prestadores de salud del Departamento de Boyacá que permitan verificar el cumplimiento de la normatividad vigente con respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).	para el periodo reportado se dio cumplimiento al cronograma emitido por la Direccion de Prestacion de servicios realizando las siguientes visistas: 12/06/2024 VCH: ese centro de salud San Antonio de la Pared Raquira 13/06/2024 VCH: ese centro de salud San Antonio de la Pared Raquira 14/06/2024 visita previa CRC Medicar Ips Duitama 20/06/2024 VCH: Usisalud IPS SAS Sogamoso 24/06/2024 validacion COVID 19 ips Salud Vital Integral Sas tunja 25/06/2024 validacion COVID 19 ESE Santa lucia de Cucaita y ese hospital santa marta Samaca 26/06/2024 validacion covid 19 Ips Salud Vital Integral Sas sede Chiquinquira y Duitama y Ese Hospital santa marta samaca 2/07/2024 asistencia tecnica HOLCIM- Tunja 3/07/2024 VCH: CRC GMG tunja 4/07/2024 IVC: CRC Certificarms SAS Santa Rosa de Viterbo 5/07/2024 Inspeccion Ocular: Levantamiento de Medida Medisens IPS Tunja.	X			
2	Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos en la plataforma ISOLUCION denominados: VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD CÓDIGO: M-GS-PS-P-012 y VISITA DE VERIFICACIÓN PREVIA DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CÓDIGO: M-GS-PS-P-004 con sus respectivas herramientas cargadas en la plataforma del SIG	para el periodo reportado se dio cumplimiento a lo establecido en el procedimiento cargado en la plataforma ISOLUCION, el cual fue implementado en las visitas programadas por la Dirección de Prestación De Servicios en salud.	X			
3	Entregar los siguientes documentos originados por las distintas visitas para su archivo y custodia por parte de la Dirección de Prestación de Servicios: a. INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN CÓDIGO:M-GS-PS-F-021; b. INFORME DE VISITA PREVIA PARA CONSTATAR CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN CÓDIGO: M-GS-PS-F-003c. EVALUACIÓN DEL RIESGO AL PROFESIONAL INDEPENDIENTE POR INCUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN CÓDIGO:M-GS-PS-F-020 d. Notificaciones de visitas a los prestadores.	para el periodo a reportado se remite a la oficina Jurídica los informes de Visita de verificación, Evaluación del Riesgo y acta de clausura o decomiso de insumos según lo establecido en el procedimiento; no obstante se aclara que el archivo físico se encuentran en la oficina Dirección de Prestación de Servicios para su custodia y archivo pertinente; así mismo se informa que el día 28 de junio se entrega al archivo de la dirección 156 folios correspondientes a diferentes visitas realizadas a lo largo del segundo trimestre.	X			

4	Apoyar a la Dirección de Prestación de Servicios con las búsquedas activas de los prestadores de salud no registrados en el REPS en el Departamento de Boyacá	se dio tramite oportuno a las actividades y requerimientos propios de este item.	x			
5	Apoyar la revisión de los documentos radicados ante la Dirección para la autorización de Jornadas de Salud en el Departamento	se emitió respuesta el dia 9/07/2024 emitida mediante el sistema de gestión documental QUYNE en relación a requisitos para llevar acabo de jornada de salud en el departamento ofertando el servicio de optometria.	x			
6	Realizar la revisión de pruebas adjuntadas por los prestadores de salud ante los incumplimientos y/o hallazgos generados en las visitas para la emisión de conceptos de acuerdo a las pruebas aportadas por los prestadores de salud teniendo en cuenta las visitas realizadas para verificar las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y los diferentes procesos administrativos que se encuentran en curso en la Oficina Asesora y Defensa Jurídica del Sector Salud.	se realiza levantamiento de medida sanitaria correspondiente a cierre temporal de servicios de la IPS MEDISENS TUNJA; asi mismo se realiza visita ocular el dia 5/07/2024 para el levantamiento del mismo.	X			
7	Brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud de acuerdo al perfil del contratista acorde a la programación establecida por la Dirección de Prestación de Servicios de Salud	para el periodo a reportar se brinda asistencia técnica a los prestadores cuando lo requiera según las visitas programadas con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la resolución 3100 de 2019; por lo cual se brinda asistencia al prestador HOLCIM DE COLOMBIA en relación a hallazgos encontrados en la visita de certificación de condiciones de habilitación del pasado 28/06/2024. por otro lado se asiste el 8/07/2024 a en las instalaciones de la socializacion de conceptos sobre aplicación de los estándares de verificacion de visistas de habilitacion y inspección, vigilancia y control dirigida al grupo de verificadores de la Secretaria de Salud de Boyaca. adicionalmente se asiste a capacitación el dia 24/06/2024 con el fin de explicar la matriz emitida por el ministerio de protección social en relación a la validación COVID 19 AÑO 2021 Y 2022 en el departamento de Boyaca.	X			
8	Emitir de manera oportuna y en los términos que establece la norma, la respuesta de todas las PQRS y/o solicitudes asignadas por la Dirección de Prestación de Servicios por medio de la plataforma QUYNE de la Gobernación de Boyacá.	se da respuesta a los requerimiento recibidos en la Plataforma Quyne en un termino no mayor a 5 dias.	X			
9	Mantener la reserva de la información entregada por cada una de los prestadores de servicios de salud del Departamento de Boyacá.	se mantiene reserva de información bajo confidencialidad profesional.	X			
10	No Realizar de manera particular contratos verbales o escritos con prestadores de servicios de salud del departamento de Boyacá cuyas actividades estén relacionadas con el objeto del presente contrato como asesorías, inspecciones visitas, elaboración de documentación, entre otros; siendo este causal de terminación de contra	Esta actividad se ha cumplido a cabalidad y no realizo ningun contrato con prestadores de servicios de salud del Departamento de Boyacá cuyas actividades estén relacionadas con el objeto del presente contrato como asesorías, inspecciones, visitas, elaboración de documentación.	X			

Firma:_____

Nombre: ERIKA GEOVANNA ROSAS SALAMANCA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-003112-SALDPS

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:

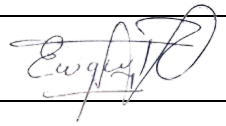
Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:

No cumplió las actividades pactadas.

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1**
		CÓDIGO: ED-ST-F-045
PLANILLA DE SEGUIMIENTO		**FECHA: 16/Feb/2023**

DATOS DEL CONTRATISTA				**DATOS DEL SUPERVISOR**	
Contrato N°	1506			Nombre	ERIKA GEOVANNA ROSAS SALAMANCA.
Nombre	EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS			Cargo	SUPERVISOR
EPS	**FAMISANAR**	ARL	POSITIVA	Dependencia	DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
				Periodo de reporte:	10 DE JUNIO DE 2024 AL 09 DE JULIO DE 2024.

FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
12 DE JUNIO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE LA PARED RAQUIRA	10 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
13 DE JUNIO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	ESE CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE LA PARED RAQUIRA	10 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
14 DE JUNIO DE 2024	visita previa	CRC MEDICAR IPS - DUITAMA	8 horas	8:00 a.m.	
19 DE JUNIIO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	MEDIC IPS SAS - SOGAMOSO	8 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
20 DE JUNIIO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	USISALUD IPS SAS - SOGAMOSO	8 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
24 DE JUNIO DE 2024	validacion vacunacion COVID 19 AÑO 2021 Y 2022	IPS SALUD INTEGRAL VITAL SAS - TUNJA	4 horas	2:00PM	Bus / Buseta
25 DE JUNIO DE 2024	validacion vacunacion COVID 19 AÑO 2021 Y 2022	ESE CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA - CUCAITA	6 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
25 DE JUNIO DE 2024	validacion vacunacion COVID 19 AÑO 2021 Y 2022	ESE HOSPTAL SANTA MARTHA - SAMACA	6 horas	2:00PM	Bus / Buseta
26 DE JUNIO DE 2024	validacion vacunacion COVID 19 AÑO 2021 Y 2022	IPS SALUD INTEGRAL VITAL SAS - TUNJA	6 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
26 DE JUNIO DE 2024	validacion vacunacion COVID 19 AÑO 2021 Y 2022	ESE HOSPTAL SANTA MARTHA - SAMACA	6 horas	2:00PM	Bus / Buseta

2 DE JULIO DE 2024	asesoria y asistencia tecnica Holcim	TUNJA	4 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
3 DE JULIO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	CRC GMG - TUNJA	6 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
4 JULIO DE 2024	inspeccion vigilacia y control	CRC CERTICARMS SAS - SANTA ROSA DE VITERBO	8 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
5 DE JULIO DE 2024	Inpreccion ocular	MEDISENS IPS - TUNJA	6 horas	9:00 a.m.	Bus / Buseta
FIRMA DEL SUPERVISOR			Nota: Este formato es diligenciado por el supervisor como herramienta para el seguimiento al cumplimiento del objeto contractual.		

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049651436		CASTIBLANCO MATAMOROS EVELIN GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Pataguy	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112022703	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	751885903	9468520366	I	2024/07/10	2024/07/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$573,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,853,280	$296,600			$1,853,280	$231,700			$0	$0			$1,853,280	$45,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,853,280	$296,600			$1,853,280	$231,700			$0	$0			$1,853,280	$45,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,853,280	$296,600			$1,853,280	$231,700			$0	$0			$1,853,280	$45,200		$0	$0
1	CC	1049651436	CASTIBLANCO EVELIN	25-14	30	$1,853,280	$296,600	EPS017	30	$1,853,280	$231,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,853,280	$45,200	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,853,280	$296,600			$1,853,280	$231,700			$0	$0			$1,853,280	$45,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1049651436		CASTIBLANCO MATAMOROS EVELIN GERALDINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Vereda Pataguy	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112022703	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	751885903	9468520366	I	2024/07/10	2024/07/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$573,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$296,600	$0	$0	$296,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$296,600	$0	$0	$296,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,200	$0	$0	$45,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$45,200	$0	$0	$45,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,700	$0	$0	$231,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$231,700	$0	$0	$231,700
TOTAL				**1**	**$573,500**	**$0**	**$0**	**$573,500**

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

ACTA PARCIAL	3		
FECHA PRESENTE ACTA	24/07/2024		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	1506	DE FECHA: 08/04/2024	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DENTRO DEL DEPARTAMENTO PARA APOYAR AL PERSONAL DE PLANTA DE LA DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS EN LA REALIZACION DE LAS VISITAS DE VERIFICACION DE CONDICIONES DE HABILITACION, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE No 19		
CONTRATISTA	EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS		NIT:1049651436-1
			C.C:1049651436
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	ERIKA GEOVANNA ROSAS SALAMANCA		C.C:46369500
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 27.799.200,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 27.799.200,00	
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	10/04/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	09/10/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	10 DE JUNIO DE 2024 AL 09 DE JULIO DE 2024		
RBPP N°	2024 00415 0003		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2730 AÑO: 2024, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD se reunieron los señores, ERIKA GEOVANNA ROSAS SALAMANCA Interventor / Supervisor y el señor EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS 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 de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 9468520366 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	$ 27.799.200,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.633.200,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 9.266.400,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 13.899.600,00
Sumas iguales	$ 27.799.200,00	$ 27.799.200,00

**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: 177270007962	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: ERIKA GEOVANNA ROSAS SALAMANCA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: EVELIN GERALDINE CASTIBLANCO MATAMOROS
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-003114-SALDPS
* 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