

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

PERIODO REPORTE: 01 de julio al 31 de julio de 2024

CONTRATO No. 215

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0325

FECHA INICIACIÓN: 01/02/2024

FECHA TERMINACIÓN: 31/07/2024



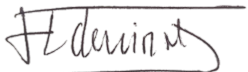
CONTRATISTA: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

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.	De manera permanente se apoya a los funcionarios Secretaria de Salud para la operación y desarrollo del MIPG. Se realizo la identificación de los riesgos digitales del subproceso gestión estratégica del sector salud	X			Evidencia: Herramienta Isolución Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co
2	Apoyar a la Secretaria de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta Isolución	Diariamente se monitorea la herramienta Isolución con el rol de responsable de proceso y se revisan todos los documentos enviados a aprobación Se cargan en Isolución documentos de la secretaria de salud para remitir a actualziación.	X			Evidencia: Herramienta Isolución
3	Entregar los informes requeridos por las dependencias de la Gobernación de Boyacá en lo referido al MIPG	Se entregaron los informes de producto no conforme y satisfacción del cliente del segundo trimestre de la	X			Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

		secretaria de salud				
4	Medir en la herramienta Isolución los indicadores de gestión que pertenecen a la Secretaria de SALUD	En la plataforma Isolución se realizo la medición de los indicadores de corte mensual, trimestral y semestral con corte a 30 de junio de todos los subprocesos de la Secretaria de Salud	X			Evidencia: Herramienta Isolución (modulo indicadores)

Firma: 
Nombre: EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

RADICADO No: S-2024-000417-SALOG

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

Firma: 
Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CONTRATISTA

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: 8378959868

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1049611506	Periodo de Cotización Salud	julio de 2024
Número de planilla	8378959868	Periodo de Cotización Pensión	julio de 2024
Fecha pago	2024-07-30	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	41200549	Total Pagado	464400
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8400	1
230301	Porvenir	256000	1
EPS008	Compensar EPS	200000	1

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

	FORMATO	VERSIÓN: 0
	CÓDIGO: A-AD-GC-F-034	
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	31/07/2024		
CONTRATO <u>X</u> CONVENIO _____	No. 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 julio a 31 de julio 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, características 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° 8378959868 del mes (es) Julio de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo

Sumatoria Amortizaciones

Saldo por Amortizar

\$0,00

\$0,00

\$0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según 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 o convenio	\$ 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	\$ 19.850.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
Sumas iguales	\$ 23.820.000,00	\$ 23.820.000,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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: 488420026574	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-2024-000418-SALOG**

* 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