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

PERIODO REPORTE: 20 de junio de 2024 al 19 de julio de 2024

CONTRATO No. 553

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0021

FECHA INICIACIÓN:20/02/2024

FECHA TERMINACIÓN: 19/08/2024

CONTRATISTA: NELSON YAMIT SOLEDAD SIZA

INTERVENTOR: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INICIATIVAS ESTABLECIDAS EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE COMUNICACIONES Y PROTOCOLO DE ACUERDO CON EL OBJETIVO DE GOBIERNO AÑO 2024, ACTIVIDAD 2,14

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyo en la estructuración de y presentación de proyectos de inversión de acuerdo a las necesidades establecidas por parte de la unidad de comunicaciones.	Entregar los archivos en versión editable de los productos desarrollados a medida que se desarrolle el objeto del contrato	X			
2	Apoyar la elaboración de los diferentes estudios de necesidad y ejecución contractual de acuerdo a la directriz establecida por la Unidad de Comunicaciones	Se apoyó de acuerdo a las directrices de la directora de la Unidad de comunicaciones. Diariamente se realizó entrega de los productos desarrollados en la Emisora Boyacá 95.6 FM	X			
3	Apoyo en el seguimiento y entrega de los informes trimestrales a los indicadores establecidos en el plan de desarrollo y que hacen parte del que hacer misional de la unidad de comunicaciones	Se apoyó de acuerdo a las directrices de la directora de la Unidad de comunicaciones. Diariamente se realizó entrega de los productos desarrollados en la Emisora Boyacá 95.6 FM	X			
4	Apoyo y seguimiento a las diferentes acciones administrativas desarrollas por parte de la unidad de comunicaciones y de acuerdo a la directriz establecida. 31662400	Se apoyó de acuerdo a las directrices de la directora de la Unidad de comunicaciones. Diariamente se realizó entrega de los productos desarrollados en la Emisora Boyacá 95.6 FM	X			
5	Pactar fechas de entrega en el desarrollo de cada actividad contractual	Diariamente se realizó entrega de los productos desarrollados en la Emisora Boyacá 95.6 FM	X			
6	Entregar los archivos en versión editable de los productos desarrollados a medida que se desarrolle el objeto del contrato	Diariamente se realizó entrega de los productos desarrollados en la Emisora Boyacá 95.6 FM	X			

Firma:_____

Nombre: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: NELSON YAMIT SOLEDAD SIZA

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000044-SRTV

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:	74381023
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSON YAMIT SOLEDAD SIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 5 NO 14B-82	TELÉFONO:	3003585
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:	**7930906896**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	751827657

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 240.000	$ 0	$ 240.000
SUBTOTALES:										**$ 240.000**	**$ 0**	**$ 240.000**

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	$ 187.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.500	$ 0	$ 0	$ 187.500
SUBTOTALES:													**$ 187.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 187.500**

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	$ 7.900	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 7.900
SUBTOTALES:									**$ 7.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	1	$ 9.000	$ 0	$ 9.000
SUBTOTALES:			**$ 9.000**	**$ 0**	**$ 9.000**

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		APORTES VOLUNTARIOS		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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

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

ACTA PARCIAL	5		
FECHA PRESENTE ACTA	22/07/2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	553	DE FECHA: 20/02/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INICIATIVAS ESTABLECIDAS EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE COMUNICACIONES Y PROTOCOLO DE ACUERDO CON EL OBJETIVO DE GOBIERNO AÑO 2024, ACTIVIDAD 2,14		
CONTRATISTA	NELSON YAMIT SOLEDAD SIZA		NIT:74381023-2
			C.C:74381023
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ		C.C:1057595208
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 19.128.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 19.128.000,00	
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	20/02/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	19/08/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	20 de junio de 2024 al 19 de julio de 2024		
RBPP N°	2024 00415 0021		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 1143 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 NELSON YAMIT SOLEDAD SIZA 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° 7930906896 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	$ 19.128.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.188.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 12.752.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 3.188.000,00
Sumas iguales	$ 19.128.000,00	$ 19.128.000,00

**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: 246070314892	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: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: NELSON YAMIT SOLEDAD SIZA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-000045-SRTV

* 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