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

PERIODO REPORTE: 09 de agosto a 08 de septiembre de 2024

CONTRATO No. 2749

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0325 A1

FECHA INICIACIÓN:09/08/2024

FECHA TERMINACIÓN: 17/12/2024

CONTRATISTA: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

INTERVENTOR: EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS ACCIONES DE MEJORA Y OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ

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 operación del MIPG con el apoyo de los funcionarios de la Secretaria de Salud.		X		Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co Evidencia: Herramienta Quyne
2	Apoyar a la Secretaria de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta Isolución	De manera continua se revisan cargan y aprueban, con el rol de responsable de proceso los documentos d ela sectorial en la herramienta Isolución		X		Evidencia: Herramienta Isolución Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co
3	Entregar los informes requeridos por las dependencias de la Gobernación de Boyacá en lo referido al MIPG	Se revisaron las hojas de vida de los tramites y OPAS de la Secretaria de Salud y se envio la información. Se reporto y reviso el monitoreo y seguimiento a riesgos de los subprocesos de la Secretaria de Salud del segundo cuatrimestre		X		Evidencia: Herramienta Quyne Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

4	Medir en la herramienta Isolución los indicadores de gestión que pertenecen a la Secretaria de Salud	Se realizó la medición de los indicadores con corte mensual y trimestral del subproceso Gestión Estratégica del sector Salud en la herramienta Isolución. Se realizaron informes de asistencia técnica en salud del segundo trimestre de 202	d	X		Evidencia: Herramienta Isolución
5	Gestionar el debido proceso para la evaluación de desempeño de los servidores públicos de la Secretaria de Salud	Se brindo apoyo al Secretario y al Jefe de la Oficina Asesora para la Gestión estratégica del Sector Salud en la realización de la evaluación del desempeño del primer semestre		X		Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica

Firma:_____

Nombre: EDWIN HERNANDO MARTINEZ DAZA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000518-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: 8380061514

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	8380061514
Fecha pago	2024-09-06
Número de autorización pago	52461272
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2024
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	465600
Total Intereses de Mora	1200

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8500	1
230301	Porvenir	256600	1
EPS008	Compensar EPS	200500	1

8380061514

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	1		
FECHA PRESENTE ACTA	9/09/2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	2749	DE FECHA: 09/08/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS ACCIONES DE MEJORA Y OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ		
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 :	$ 17.070.997,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 17.070.997,00	
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES Y NUEVE (9)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	CUATRO (4) MESES Y NUEVE (9)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	09/08/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	17/12/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	09 de agosto a 08 de septiembre de 2024		
RBPP N°	2023 00415 0325 A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5850 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° 8380061514 del mes (es) agosto 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	$ 17.070.997,00	$ 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	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 13.100.997,00
Sumas iguales	$ 17.070.997,00	$ 17.070.997,00

**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: 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-2024-000519-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