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 AGOSTO DE 2024 AL 09 DE SEPTIEMBRE 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 13/08/2024 VCH: E.S.E Centro de Salud Simon Bolivar Tutaza 14/08/2024 VCH: H.S.E Centro de Salud Simon Bolivar Tutaza 15/08/2024 VCH: H.S.E Centro de Salud Simon Bolivar Tutaza 26/08/2024 INSPECCION OCULAR : Clinic salud ips chiquinquira. 29/08/2024 IVC: fundacion el refugio Sotaquira Vereda la toma	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 establecidio en el procedimiento cargado en la plataforma ISOLUCION, el cual fue implementado en las visitas programadas por la Direccion de Prestacion 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 Juridica los informes de Visita de verificacion, Evaluacion del Riesgo y acta de clausura o decomiso de insumos según lo establecido en el procedimiento; no obstante se aclara que el archivo fisico se encuentran en la oficina Direccion de Prestacion de Servicios para su custodia y archivo pertinente; asi mismo se informa que el dia 20 de agosto se entrega al archivo de la direccion 90 folios correspondientes a diferentes visitas realizadas a lo largo del mes de agosto.	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 realiza revision de informe de busquedas activas enviado por la secretaria de salud de chiquinquira correspondiente a los meses de junio y julio la cual se le emite respuesta mediante el sistema de gestion documental QUYNE los dias 26/08/2024 y el 2/09/2024 al peticionario.	X			
5.	Apoyar la revisión de los documentos radicados ante la Dirección para la autorización de Jornadas de Salud en el Departamento	se emitio respuesta el dia 20/08/2024 emitida mediante el sistema de gestion documental QUYNE en relacion concepto tecnico Carol Vergara. 23/08/2024 se dio respuesta mediante el sistema de gestion documental QUYNE concepto tecnico mec salud 26/08/2024 se dio respuesta mediante el sistema de gestion documental QUYNE ESE RAQUIRA. asi mismo se dio tramite oportuno a las actividades y requerimientos propios de este item.	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 solicitud de de pruebas y emision de conceptos a los sieguientes prestadores: 20/08/2024: profesional indep Carol Andrea Vergara sede garagoa. 21/08/2024: MEC SALUD sogamoso 23/08/2024: E.S.E CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE LA PARED Raquira.	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 brindad asistencia tecnica a los prestadores cuando lo requiera según las visitas programadas con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la resolucion 3100 de 2019; por lo cual se brinda asistencia al prestador ESE CENTRO DE SALUD LUIS PATIÑO DE IZA en relacion al estandar de infrestrructura el pasado 18/07/2024 por otro lado se asiste el 17/07/2024 a en las instalaciones de la socializacion de conceptos sobre aplicacion de los estandares de verificacion de visistas de habilitacion y inspeccion, vigilancia y control dirigida al grupo de verificadores de la Secretaria de Salud 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 informacion 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-2024-004497-SALDPS

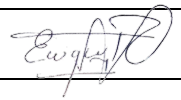
T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:

Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:

No cumplió las actividades pactadas.

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 AGOSTO DE 2024 AL 09 DE SEPTIEMBRE 2024.

FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
13 DE AGOSTO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	ESE CENTRO DE SALUD SIMON BOLIVAR TUTAZA	10 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
14 DE AGOSTO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	ESE CENTRO DE SALUD SIMON BOLIVAR TUTAZA	8 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
15 DE AGOSTO DE 2024	visita de condiciones de habilitacion en salud	ESE CENTRO DE SALUD SIMON BOLIVAR TUTAZA	6 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
20 DE AGOSTO DE 2024	revision y emision de concepto profesional independiente Carol Andrea Vergara sede garagoa	TUNJA - SEC SALUD	7 horas	9:00 a.m.	Bus / Buseta
21 DE AGOSTO DE 2024	revision y emision de concepto MEC SALUD sede sogamoso	TUNJA - SEC SALUD	7 horas	9:00 a.m.	Bus / Buseta
22 DE AGOSTO DE 2024	revision de informe busquedas activas chiquinquira mes de julio- se emite respuesta al prestador	TUNJA - SEC SALUD	6 horas	9:00 a.m.	Bus / Buseta
26 DE AGOSTO DE 2024	inspeccion ocular	CLINIC SALUD IPS CHIQUINQUIRA	8 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
29 DE AGOSTO DE 2024	inspeccion vigilancia y control	SOTAQUIRA VEREDA LA TOMA	6 horas	8:00 a.m.	Bus / Buseta
2 DE SEPTIEMBRE DE 2024	revision de informe busquedas activas chiquinquira mes de junio- se emite respuesta al prestador	TUNJA - SEC SALUD	6 horas	10:00 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.		

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
2024-08	2024-08	916500116	9471783168	I	2024/09/10	2024/09/16	BANCO DAVIVIENDA	6	$576,200

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
2024-08	2024-08	916500116	9471783168	I	2024/09/10	2024/09/16	BANCO DAVIVIENDA	6	$576,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$296,600	$1,400	$0	$298,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$296,600	$1,400	$0	$298,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,200	$200	$0	$45,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$45,200	$200	$0	$45,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,700	$1,100	$0	$232,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$231,700	$1,100	$0	$232,800
TOTAL				**1**	**$573,500**	**$2,700**	**$0**	**$576,200**

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

ACTA PARCIAL	5		
FECHA PRESENTE ACTA	23/09/2024		
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	23/09/2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	10 DE AGOSTO DE 2024 AL 09 DE SEPTIEMBRE 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 y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 9471783168 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	$ 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	$ 18.532.800,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 4.633.200,00
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: 177200135271	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-2024-004500-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