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

PERIODO REPORTE: DEL 15 DE AGOSTO de 2024 AL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2024 CONTRATO No. 2066

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0026

FECHA INICIACIÓN:15/05/2024 FECHA TERMINACIÓN: 14/11/2024

CONTRATISTA: DEYSI LIZETH CARDENAS PINZON INTERVENTOR: MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA MONITOREAR Y ANALIZAR LA INFORMACIÓN REPORTADA POR LAS ESE Y EAPB PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCION DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Realizar la consolidación trimestral de la información remitida por las ESE del departamento en relación al sistema de información PAICEC y efectuar el consolidado mensual de los hallazgos encontrados para la implementación, seguimiento y evaluación del PAICEC	Se realizo revisión de contrato y ajustes pertinentes según recomendaciones dadas por contratación		X		En ejecución
2	Realizar análisis, seguimiento y monitoreo a la Gestión del Riesgo a través de la revisión de las bases de datos, los informes ejecutivos y anuales del PAICEC que diligencian las ESE públicas del departamento.	Se realizo revisión de contrato y ajustes pertinentes según recomendaciones dadas por contratación		X		En ejecución
3	Realizar un informe descriptivo (enfoque cualitativo y cuantitativo) que dé cuenta de los hallazgos evidenciados en las asesoría, asistencia, seguimiento y evaluación en el desarrollo de las RIAS CARDIOVASCULAR, DIABETES, CÁNCER Y EPOC, armonizadas al sistema de información clínico del paciente crónico PAICEC en 123 ESTE públicas del departamento	Se encuentra en proceso de consolidación organización y análisis		X		Actividad continua
4	Planear y realizar las estrategias de información, educación y comunicación de los días conmemorativos relacionados con la dimensión “vida saludable y condiciones no transmisibles”	En proceso		X		Actividad continua
5	Recopilar y realizar material del análisis del comportamiento de la situación de las enfermedades no transmisibles en el departamento	En proceso de análisis y consolidación		X		Actividad continua
6	Mantener actualizada la página WEB “Cuestión de Hábitos” como herramienta para fomentar Hábitos y Estilos de vida Saludable de acuerdo a los requerimientos	En proceso de autorización		X		
7	Realizar los correspondientes informes de conformidad con			X		Actividad continua

	los lineamientos que para tal fin sean solicitados.	Se realizan informes solicitados por el departamento para el seguimiento de actividades y cumplimento del proyecto				
8	Elaborar el Proyecto de la dimensión “Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles”.	En proceso		X		Actividad continua
9	Proyectar oficios y/o circulares de convocatoria en los diferentes procesos de ejecución de lineamientos, respuestas y demás requerimientos, así como la planeación, organización y convocatoria de las actividades, jornadas, talleres y eventos propuestos por la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles.	Se elaboraron y proyectaron circulares de pertinencia y según necesidades del programa.		X		Actividad continua
10	Coordinar y controlar la recepción y archivo de los documentos que se generen en la dimensión, utilizando la nemotecnia de las tablas de retención documental y las normas del Sistema Integrado de Gestión	En proceso de consolidación y entrega		X		Actividad continua
11.	Realizar seguimiento en plataforma SPI al mes de julio 2024 del Proyecto identificado con BPIN: 2024004150026 - ASESORIA EN FACTORES PROTECTORES Y GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DURANTE EL AÑO 2024 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.	SE ENVIA CORREO Y SE APORA INFORMACION EN LA PLATAFORMA SPI		X		Actividad continua
12	Cumplir con la entrega de informes trimestrales “MAITE”, según indicaciones del área encargada	Se consolida y aporta información solicita en el link adjuntado según indicaciones del área responsable		x		Actividad continua
13.	Prestar apoyo a proyectos asociadas al programa tal como proyecto en aprobación sobre riesgo cardiovascular	Participación reuniones para concretar el desarrollo objetivo y colaboración de entes privados en la ejecución del mismo		x		En ejecución
14.	Aportar información solicitada según indicaciones dadas tales como actualización de hoja de vida de indicadores	Se realiza consolidación y reporte de la información requerida según indicaciones oficina de planeación		x		En espera de nuevas indicaciones

Firma:_____

Nombre: MARTHA ILIANA VEIRA ANDRADE

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: DEYSI LIZETH CARDENAS PINZON

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-001453-SALOAJ

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

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 1052382108		CARDENAS PINZON DEYSI LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 27 40	DUITAMA-BOYACA	2222005	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	922655911	9471452709	I	2024/09/04	2024/09/18	BANCOLOMBIA	14	$494,200

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
1	CC	1052382108	CARDENAS PINZON DEYSI LIZETH	230301	30	$1,685,000	$269,600	EPS008	30	$1,685,000	$210,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,685,000	$8,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,685,000**	**$269,600**			**$1,685,000**	**$210,700**			**$0**	**$0**			**$1,685,000**	**$8,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$269,600	$2,800	$0	$272,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$269,600	$2,800	$0	$272,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,800	$100	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,800	$100	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$210,700	$2,200	$0	$212,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$210,700	$2,200	$0	$212,900
TOTAL				**1**	**$489,100**	**$5,100**	**$0**	**$494,200**

2024/09/18 03:35 PM

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

ACTA PARCIAL	4		
FECHA PRESENTE ACTA	19/09/2024		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	2066	DE FECHA: 10/05/2024	
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA MONITOREAR Y ANALIZAR LA INFORMACIÓN REPORTADA POR LAS ESE Y EAPB PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS, ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)		
CONTRATISTA	DEYSI LIZETH CARDENAS PINZON		NIT:1052382108-5
			C.C:1052382108
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE		C.C:51626911
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 25.272.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 25.272.000,00	
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	15/05/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	14/11/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	15 AGOSTO DE 2024 AL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2024		
RBPP N°	2024 00415 0026		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 3915 AÑO: 2024, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE Interventor / Supervisor y el señor DEYSI LIZETH CARDENAS PINZON 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° 9471452709 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	$ 25.272.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.212.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 12.636.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 8.424.000,00
Sumas iguales	$ 25.272.000,00	$ 25.272.000,00

**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: 488418646748	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: ACTA PARCIAL 4

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: MARTHA ILLIANA VEIRA ANDRADE
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: DEYSI LIZETH CARDENAS PINZON
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-001454-SALOAJ
* 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