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 octubre de 2024 a 08 de noviembre 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: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS

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. Se brindo capacitación a los funcionarios de la subdireccion de promoción social en salud sobre MIPG y el procedimiento asistencia técnica en salud		X		Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co Evidencia: Listas de asistencia
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 de la 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 realizo la actualización de formatos de conocimiento tácito y explicito del subproceso gestión estratégica del sector salud.		X		Evidencia: Herramienta Isolucion Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

		Apoyo en la actualización de la ficha técnica del tramite CREDENCIAL DE EXPENDEDOR DE DROGAS				
4	Medir en la herramienta Isolución los indicadores de gestión que pertenecen a la Secretaria de Salud	Apoyo en la actualización de la información contenida en los indicadores del subproceso promoción y prevención en salud. Se midieron los indicadores mensuales de los subprocesos de la Secretaria de salud		X		Evidencia: Herramienta Isolucion

Firma:_____

Nombre: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000803-SALOGE

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1049611506	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ	cra5 d n 13 a 23	7475704	hernandezcostanza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	25/11/2024	81786373	$471.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	20	2.900	0	202.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	256.000	0	0	0	0	20	3.700	0	259.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.400				8.400	20	200	8.600			84	8.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	202.900
Pensión	1	256.000	259.700
Riesgos Laborales	1	8.400	8.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.400	471.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049611506	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ		cra5 d n 13 a 23	7475704	hernandezcostanza@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	25/11/2024	81786373	$471.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1049611506	HERNANDEZ SUAREZ ALBA CONSTANZA	59	0			N																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-23	1.600.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	3		
FECHA PRESENTE ACTA	26/11/2024		
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	LAURA LIZETH LACHE TAPIAS		C.C:1049614691
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 octubre de 2024 a 08 de noviembre 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, LAURA LIZETH LACHE TAPIAS 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° 81786373 del mes (es) Octubre 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	$ 7.940.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 5.160.997,00
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: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-000806-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