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

PERIODO REPORTE: 14 de octubre de 2024 al 11 de noviembre de 2024 y 22 de noviembre de 2024

CONTRATO No. 2109

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0337

FECHA INICIACIÓN:14/05/2024

FECHA TERMINACIÓN: 23/12/2024

CONTRATISTA: BUENAVENTURA ROJAS MURCIA

INTERVENTOR: MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA GENERAR DIVERSOS ANÁLISIS GEOGRÁFICOS DE LAS LÍNEAS LIMÍTROFES DEL DEPARTAMENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS ASOCIADOS AL TERRITORIO (1,02).

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Orientaryacompañarlarevisióndocumentaldelosprocesosquesellevanacaboenladirección Geográfica y de Gestión Territorial	· Revisión Cartográfica, entrega de archivos Shapefile, departamental de l estructura Biofísico y estructura espacial del Departamento de Boyacá. · Asistencia a las reunionesas 05/11/2024 Secretaría de minas, 7/11/2024 POD por parte de la secretaria de Minas, secretaria de Agricultura, secretaria de desarrollo y rendición de cuentas departamental el día 21 de noviembre 2024 participación por meet. · Presentación de datos de Indicadores de la línea Base de Departamento año 2024. · Entrega de informe s indicadores subidos al Drive. · Entrega de archivos de consulta subidos al Drive.		X		
2	Preparar los informes de seguimiento requeridos en la ejecución de los recursos de los proyectos desarrollados en la Dirección Geográfica y de Gestión Territorial	Informe Línea Base de la Estructura espacial Departamental con indicadores en las componentes de Mercados, Turismo, Agricultura, Ganadería, Minería, Industria y Tecnología. Queda pendiente descarga y filtrado del componente tecnológico en tiempo pasado, presente y futuro. .		X		
3	Refrendar los documentos para el reconocimiento de cuentas y pagos que sean requeridos y apoyar le elaboración de informes	.Se han compartido documentación con avances de indicadores recibiendo las sugerencias de mis directivos.		X		

4	Realizar el reporte mensual de los avances de ejecución al aplicativo GESPROY (Matriz de seguimiento, actas parciales, actas de suspensión, reiniciación, liquidación, actas parciales, ajustes y demás), Sistema de Monitoreo, Control y Evaluación, que se requieran dentro del marco de los proyectos a cargo de la Dirección Geográfica y de Gestión Territorial y los solicitados por los entes de control . Orientar los ajustes en la formulación, modificación, prórrogas y documentación	PARA ES PERIODO NO SE REQUIRIO DE ESTA ACTIVIDAD		X		
5	Acompañamiento al seguimiento de las metas del Plan de Desarrollo de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Dirección de seguimiento y control	Acompañamiento Por Parte del Ingeniero Jorge Fuentes en la revisión de datos.		X		

Firma: _____

Nombre: MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: BUENAVENTURA ROJAS MURCIA

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-001017-SECPLA

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:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74376117
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BUENAVENTURA ROJAS MURCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 4 SUR 13-09	TELÉFONO:	3203840
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:		**4577768068**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		1					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990630518	

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 308.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 308.000	$ 300	$ 308.300
SUBTOTALES:										**$ 308.000**	**$ 300**	**$ 308.300**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 240.600	$ 0	$ 200	$ 0	$ 240.600	$ 200	$ 0	$ 240.800
SUBTOTALES:													**$ 240.600**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 240.800**

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	$ 10.100	$ 10.100	$ 100	$ 0	$ 10.200
SUBTOTALES:									**$ 10.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.200**

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 SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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 ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 74376117	ROJAS MURCIA BUENAVENTURA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.924.800				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.924.800	$ 308.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.924.800	$ 240.600	$ 0	$ 240.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.924.800	74376117	$ 10.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 559.300**

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

ACTA PARCIAL	6		
FECHA PRESENTE ACTA	27/11/2024		
CONTRATO _X___ CONVENIO _____	2109	DE FECHA: 14/05/2024	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA GENERAR DIVERSOS ANÁLISIS GEOGRÁFICOS DE LAS LÍNEAS LIMÍTROFES DEL DEPARTAMENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS ASOCIADOS AL TERRITORIO (1,02).		
CONTRATISTA	BUENAVENTURA ROJAS MURCIA		NIT:74376117-6
			C.C:74376117
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES		C.C:1049630372
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 28.872.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° 1 _____	VALOR	$ 4.812.000,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 33.684.000,00	
PLAZO INICIAL	SEIS (6) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° 1_____	Tiempo: UN (1) MES Y CERO (0)DÍAS	De Fecha: 22/11/2024.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	14/05/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° 1	De Fecha: 12/11/2024		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: 22/11/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN	13/11/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	23/12/2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	14 DE OCTUBRE DE 2024 AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2024 Y 22 DE NOVIENBRE DE 2024		
RBPP N°	2023 00415 0337		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 3985 AÑO: 2024, RPC No_9973_____ AÑO____2024_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE PLANEACIÓN se reunieron los señores, MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES Interventor / Supervisor y el señor BUENAVENTURA ROJAS MURCIA 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° 4577768068 del mes (es) OCTUBRE DE 2024 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	$ 33.684.000,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.812.000,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 24.060.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 4.812.000,00
Sumas iguales	$ 33.684.000,00	$ 33.684.000,00

**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: 0550488431002010	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: MANUEL ARCADIO RODRIGUEZ CERVANTES
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: BUENAVENTURA ROJAS MURCIA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-001018-SECPLA
* 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