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

PERIODO REPORTE: del 24/10/2024 al 23/11/2024

CONTRATO No. 2447

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0092

FECHA INICIACIÓN:24/07/2024

FECHA TERMINACIÓN: 18/12/2024

CONTRATISTA: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS

INTERVENTOR: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

**OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANALISIS DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE INVERSIÓN EN LA OFICINA ASESORA DE DESPACHO (1,03-04)**

| REPORTE DEL CONTRATISTA | | | REPORTE DEL INTERVENTOR | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ITEM** | **ACTIVIDADES PACTADAS** | **ACTIVIDADES EJECUTADAS** | **VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES** | | | **OBSERVACIONES** |
| | | | **T** | **P** | **N** | |
| 1 | Acompañar a la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá en el diseño de estrategias y revisión de documentación allegada por las sectoriales para direccionamiento de las secretarías de la Gobernación de Boyacá. | Se realizaron las actividades de acuerdo a las directrices de la supervisión en el periodo de 24/10/2024 a 23/11/2024, frente a la asignación de los elementos desarrollados en la U.A.C.P | x | | | Se Adjuntan evidencias en formato CD |
| 2 | Apoyar y acompañar el diseño, revisión y elaboración de los proyectos de inversión que requieran y/o soliciten las sectoriales junto con los proyectos que se desarrollen desde la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá. | Se acompaño permanentemente los procesos asignados desde la supervisión del contrato número 2447, asumiendo activamente cada directriz desde la oficina asesora de despacho de la Gobernación de Boyacá en el periodo 24/10/2024 a 23/11/2024. | x | | | Se Adjuntan evidencias en formato CD |
| 3 | Apoyar a las dependencias de la Gobernación de Boyacá en la elaboración de Diseños para la publicidad de los eventos y proyectos a ejecutar | Se realizo la trazabilidad a los proyectos de diseño relacionados en la asignación de la U.A.C.P en el periodo 24/10/2024 a 23/11/2024. | x | | | Se Adjuntan evidencias en formato CD |
| 4 | Apoyar y acompañar de forma permanente al Asesor de Despacho en las diferentes reuniones y/o comités programados por el Gobernador del Departamento y el Asesor de Despacho. | Se asistió en el periodo que corresponde a 24/10/2024 a 23/11/2024 y apoyo en las diferentes reuniones pautadas dentro de la agenda del asesor de despacho, como consejos de gobierno, comités regionales, encuentros de provincia, entre otros asignados al objeto del contrato | x | | | Se Adjuntan evidencias en formato CD |
| 5 | 5. Cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales (Art. 2.2.4.2.2.15 Decreto 676 de 2020). | Se cumplió con la normativa vigente de riesgo Laboral | x | | | Se Adjuntan evidencias en formato CD |

Firma:_____

Nombre: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-001371-UCP

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: | 1117515519 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | FLORENCIA | DEPARTAMENTO: | CAQUETA |
| DIRECCIÓN: | KRA 8B 6 60 LA ESTRELLA | TELÉFONO: | 4444444 |
| 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: | | | **4573698431** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/11/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9990526043 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 308.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 308.000 | $ 0 | $ 308.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 308.000** | **$ 0** | **$ 308.000** |

**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 |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 240.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 240.600 | $ 0 | $ 0 | $ 240.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 240.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 240.600** |

**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 | $ 46.900 | $ 46.900 | $ 0 | $ 0 | $ 46.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 46.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 46.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 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 | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1117515519 | ROSAS CARDENAS NATALIA ANDREA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.924.800 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.924.800 | $ 308.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 308.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.924.800 | $ 240.600 | $ 0 | $ 240.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.924.800 | 111751551 | $ 46.900 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 595.500**

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

| | | |
|---|---|---|
| ACTA PARCIAL | 4 | |
| FECHA PRESENTE ACTA | 25/11/2024 | |
| CONTRATO X CONVENIO | 2447 | DE FECHA: 24/07/2024 |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANALISIS DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE INVERSIÓN EN LA OFICINA ASESORA DE DESPACHO (1,03 -04) | |
| CONTRATISTA | NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS | NIT: 1117515519 -7<br>C.C: 1117515519 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR | DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ | C.C: 1057595208 |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL : $ 23.258.000,00 | |
| | APORTE DEL DEPARTAMENTO: $ 0,00 | |
| | APORTE DE CONTRAPARTE: $ 0,00 | |
| ADICIONAL N° | VALOR $0.00 | |
| ADICIONAL N° | VALOR $0.00 | |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | $ 23.258.000,00 | |
| PLAZO INICIAL | CUATRO (4) MESES Y VEINTICINCO (25)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 VEINTICINCO (25)DÍAS | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 24/07/2024 | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° | De Fecha: N.A | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° | De Fecha: N.A | |
| FECHA DE TER MINACIÓN | 18/12/2024 | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | N.A | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | del 24/10/2024 al 23/11/2024 | |
| RBPP N° | 2024 00415 0092 | |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5307 AÑO: 2024, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de UNIDAD ADMINISTRATIVA DE COMUNICACIONES Y PROTOCOLO se reunieron los señores, DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ Interventor / Supervisor y el señor NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS 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° 4573698431 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), diligenciary copiar cuadro el cual debe *reflejarse* en el espacio asignado en observacioneso aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

| CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|
| Valor del contrato | $ 23.258.000,00 | $ 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 | $ 14.436.000,00 |
| Saldo por ejecutar | $ 0,00 | $ 4.010.000,00 |
| Sumas iguales | $ 23.258.000,00 | $ 23.258.000,00 |

*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 observacioneso aclaraciones de la presente acta.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CUENTA: 46655619780 | BANCO: Bancolombia 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: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-001372-UCP

* 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