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

PERIODO REPORTE: 9 de noviembre de 2024 a 08 de diciembre de 2024 CONTRATO No. 2749

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0325 A1

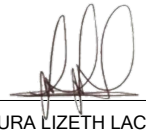
FECHA INICIACIÓN:09/08/2024 FECHA TERMINACIÓN: 17/12/2024

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 y mejoramiento del MIPG con el apoyo de los funcionarios de la Secretaria de Salud.		X		Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co Evidencia: Herramienta Quyne
2	Apoyar a la Secretaria de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta Isolución	De manera continua se cargan documentos de los subprocesos de la Secretaria de Salud y se aprueban con el rol de responsable de proceso en la herramienta Isolución. Se brindo apoyo en la actualización d elos indicadores del subproceso de Promoción y prevención en salud		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 avanza con el proceso de seguimiento a riesgos para entrega de informes. Apoyar en la elaboración del		X		Evidencia: Herramienta Quyne Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co

		informe del SGSST de la oficina estratégica en salud vigencia 2024.				
4	Gestionar el debido proceso para la evaluación de desempeño de los servidores públicos de la Secretaria de Salud	Se brindo apoyo al Secretario de Salud con la evaluación del desempeño del Jefe de la Oficina Asesora para la Gestión estratégica del Sector Salud y se realizo concertación de objetivos con el auxiliar administrativo adscrito al despacho		X		Evidencia: Correo electrónico calidad.salud@boyaca.gov.co Evidencia: Archivo de gestión de la Oficina para la Gestión Estratégica

Firma:

Nombre: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-000906-SALOGE

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:	1049611506
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 8 NO 16-16	TELÉFONO:	7457334
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4579915564**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/02			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990871743

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	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0	$ 256.000
SUBTOTALES:										**$ 256.000**	**$ 0**	**$ 256.000**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													**$ 200.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200.000**

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	$ 39.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 39.000
SUBTOTALES:									**$ 39.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 39.000**

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 1049611506	HERNANDEZ SUAREZ ALBA CONSTANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.600.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000	104961150	$ 39.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 495.000**

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

ACTA PARCIAL	4		
FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 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 noviembre de 2024 a 08 de diciembre 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° 4579915564 del mes (es) Noviembre 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	$ 11.910.000,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 1.190.997,00
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-2024-000907-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