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

PERIODO REPORTE: Del 18/11/2024 al 29/12/2024 CONTRATO No. 3401

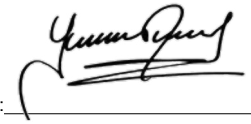
REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0317 A2

FECHA INICIACIÓN:18/09/2024 FECHA TERMINACIÓN: 29/12/2024

CONTRATISTA: RONALD EDUARDO PEDREROS RUA INTERVENTOR: YOLANDA ARCE CASTRO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DIRECCION DEPARTAMENTAL DE PASIVOS PENSIONALES-1,07-20.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
	Realizar el estudio y proyectar respuesta a las peticiones de reconocimiento y emisión de bonos pensionales que sean asignadas por reparto de acuerdo con los términos establecidos por la Ley.	Se dio respuesta y tramite a 18 bonos pensionales, dentro de los cuales se encuentran:, 1 verificaciones de historia laboral. 8- solicitudes y aclaraciones, 3- comunicaciones, 3 resoluciones 2 mesas de trabajo	X			Los soportes y evidencias se encuentran en el DRIVE de seguimiento de Bonos pensionales 2024 y la plataforma Quyne
	Proyectar Actos Administrativos de reconocimiento y emisión de bonos pensionales dentro de los términos legalmente establecidos por la Ley	Se realizo el estudio de 3 resoluciones de resoluciones de emisión y reconocimiento de bonos pensionales a colpensiones	X			Los soportes y evidencias se encuentran en el DRIVE de seguimiento de Bonos pensionales 2024 y la plataforma Quyne
	Participar y apoyar en las Mesas de Trabajo organizadas por la Dirección Departamental de Pasivos Pensionales, con las Administradoras y grupo de trabajo, brindado y soportando conceptos técnicos en temas relacionados con bonos pensionales	Se realizó mesa de trabajo con el equipo de Bonos Pensionales, donde se presentó un informe individual a la coordinadora de bonos pensionales sobre el avance y la gestión de los 53 casos asignados.	X			Los soportes y evidencias se encuentran en el DRIVE de seguimiento de Bonos pensionales 2024 y la plataforma Quyne
	Durante el desarrollo del Contrato realizar el 100% del diligenciamiento, actuaciones o acciones necesarias que conduzcan a solucionar el proceso de emisión, reconocimiento y redención dentro de las obligaciones a cargo del Departamento Boyacá con base en el listado de los Bonos Pensionales con objeciones que están sin resolver por parte de las Administradoras y de difícil avance	Se proyectaron oficios 8 solicitudes e información 3 comunicaciones a la administradora la administradora colpensiones.	X			Los soportes y evidencias se encuentran en el DRIVE de seguimiento de Bonos pensionales 2024 y la plataforma Quyne
	Mantener actualizada la información relacionada sobre los trámites asignados en la base de datos de bonos pensionales, presentar los informes correspondientes cuando le se han solicitados.	Se diligenciar el DRIVE - Seguimiento Bonos Pensionales a partir del 18 de septiembre d a la fecha diciembre del 2024, con las actuaciones correspondientes a cada tramite	X			Los soportes y evidencias se encuentran en el DRIVE de seguimiento de Bonos pensionales 2024 y la plataforma Quyne
	Realizar los informes en el momento que se requieran, y presentar informe final relacionando todo lo desarrollado durante el contrato en medio físico/magnético según el requerimiento del Supervisor	Se elabora el informe mensual detallado de las actuaciones correspondientes del periodo a corte 17 del mes aprobado por la coordinadora de bonos pensionales.	X			Los soportes y evidencias se encuentran en el DRIVE de seguimiento de Bonos pensionales 2024 y la plataforma Quyne
	Las demás asignadas por el supervisor que sean inherente	No requerido en el periodo			X	

Firma: 

Nombre: YOLANDA ARCE CASTRO

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 

Nombre: RONALD EDUARDO PEDREROS RUA

CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

RADICADO No: S-2024-008495-HACDPP

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

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	RONALD EDUARDO PEDREROS RUA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-91111083
SUCURSAL	1
FECHA PAGO	2024-12-10
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-91111083
NOMBRE EMPLEADO	RONALD EDUARDO PEDREROS RUA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	31882448
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-11
PERÍODO SALUD	2024-11
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	2471901
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.511.200	0,1600000	$ 241.800	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.511.200	0,1250000	$ 188.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.511.200	0,0104400	$ 15.800	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 241.800	$ 188.900	$ 15.800	$ 0	$ 446.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	RONALD EDUARDO PEDREROS RUA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-91111083
SUCURSAL	1
FECHA PAGO	2024-12-10
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-91111083
NOMBRE EMPLEADO	RONALD EDUARDO PEDREROS RUA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	31884476
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-12
PERÍODO SALUD	2024-12
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	2471901
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.511.200	0,1600000	$ 241.800	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.511.200	0,1250000	$ 188.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.511.200	0,0104400	$ 15.800	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 241.800	$ 188.900	$ 15.800	$ 0	$ 446.500

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	No. 3401	DE FECHA: 16/09/2024	
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DIRECCION DEPARTAMENTAL DE PASIVOS PENSIONALES-1,07-20.		
CONTRATISTA	RONALD EDUARDO PEDREROS RUA		NIT:91111083-9 : C.C:91111083
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	YOLANDA ARCE CASTRO		C.C:37894453
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 12.845.196,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 12.845.196,00	
PLAZO INICIAL	TRES (3) MESES Y DOCE (12)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	TRES (3) MESES Y DOCE (12)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	18/09/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 18/11/2024 AL 29/12/2024		
RBPP N°	2023 00415 0317 A2		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_7047_____ AÑO: __2024_____, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de__DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE PASIVOS PENSIONALES___ se reunieron los señores, __YOLANDA ARCE CASTRO__ Interventor / Supervisor y el señor ___RONALD EDUARDO PEDREROS RUA__ 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° 31882448,31884476 del mes (es) NOVIEMBRE-DICIEMBRE 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 o convenio	$ 12.845.196,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 5.289.196,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 7.556.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 12.845.196,00	$ 12.845.196,00

**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: 907071757	BANCO: BBVA Colombia	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: YOLANDA ARCE CASTRO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: RONALD EDUARDO PEDREROS RUA
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-008496-HACDPP
* 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