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

PERIODO REPORTE DEL 01 DE OCTUBRE DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024

CONTRATO No. 413

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
Marcela D. Profesional E.
FECHA 13/12/2024

REGISTRO BPyP No.: N/A

FECHA INICIACIÓN 13 DE FEBRERO DE 2024

FECHA TERMINACIÓN 31 DE DICIEMBRE DE 2024

CONTRATISTA: LUZ STELLA NOVA CALDERON

INTERVENTOR: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DEL INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 22 # 11-99 CRA. 12 # 21-104 PARA FUNCIONAMIENTO DE OFICINAS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Arrendamiento de bien inmueble del periodo de 01 de octubre de 2024 al 31 de diciembre de 2024.	Arrendamiento de bien inmueble del periodo de 01 de octubre de 2024 al 31 de diciembre de 2024.	X			

Firma: _____
Nombre: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: LUZ STELLA NOVA CALDERON
CONTRATISTA

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:	24059169
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ STELLA NOVA CALDERON
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRAV 17A NO 33-27	TELÉFONO:	7455555
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:			**4573287456**	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):			2024/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990747050

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 460.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.500	$ 0	$ 0	$ 460.500
SUBTOTALES:													**$ 460.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 460.500**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24059169	NOVA CALDERON LUZ STELLA	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 3.683.700				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 3.683.700	$ 460.500	$ 0	$ 460.500			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0									

TOTAL	**$ 460.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24059169
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ STELLA NOVA CALDERON
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRAV 17A NO 33-27	TELÉFONO:	7455555
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:		**4577175891**	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:		9990884554

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 460.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.500	$ 0	$ 0	$ 460.500
SUBTOTALES:													**$ 460.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 460.500**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																												
1	CC 24059169	NOVA CALDERON LUZ STELLA	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 3.683.700				NO																					$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 3.683.700	$ 460.500	$ 0	$ 460.500			$ 0		$ 0		$ 0		ADMIN	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 460.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24059169
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ STELLA NOVA CALDERON
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRAV 17A NO 33-27	TELÉFONO:	7455555
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:			**4581262721**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990904787

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 460.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.500	$ 0	$ 0	$ 460.500
SUBTOTALES:													**$ 460.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 460.500**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 24059169	NOVA CALDERON LUZ STELLA	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 3.683.700				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	30	$ 3.683.700	$ 460.500	$ 0	$ 460.500			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 460.500**

Planilla Pagada

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

ACTA PARCIAL	4		
FECHA PRESENTE ACTA	5 DE DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO X CONVENIO ____	413	DE FECHA: 13 DE FEBRERO DE 2024	
OBJETO	ARRENDAMIENTO DEL INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 22 # 11-99 CRA. 12 # 21-104 PARA FUNCIONAMIENTO DE OFICINAS DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ.		
CONTRATISTA	LUZ STELLA NOVA CALDERON		NIT: 24059169-8 C.C: 24.059.169
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	LAURA LIZETH LACHE TAPIAS		C.C: 1.049.614.691
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 110.510.400,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 110.510.400,00	
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.		
PRORROGA N° ____	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PRORROGA N° ____	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PLAZO TOTAL	A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024.		
FECHA DE INICIACIÓN	13 DE FEBRERO DE 2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	01 DE OCTUBRE DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
RBPP N°	N/A		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 895 AÑO: 2024

En las oficinas de OFICINA ASESORA PARA LA GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL SECTOR SALUD se reunieron los señores, LAURA LIZETH LACHE TAPIAS Interventor / Supervisor y la señora LUZ STELLA NOVA CALDERON 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, de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 4573287456, 4577175891, 4581262721 del mes (es) OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2024, de conformidad con la normatividad vigente.

Gobernación de Boyacá | Contratación
TRAMITADO
Marcela D. Profesional E.
FECHA 13/12/2024

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 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 financiacion (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.*

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON- -2024
2268

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	$ 110.510.400,00	-
Amortización Anticipo	-	-
Valor a pagar de la presente acta	-	$ 27.627.600,00
Valor Total actas pagadas	-	$ 82.882.800,00
Saldo por ejecutar	-	$ -
Sumas iguales	$ 110.510.400,00	$ 110.510.400,00

**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: 882-357837-24	BANCO: BANCOLOMBIA	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: LUZ STELLA NOVA CALDERON
CONTRATISTA

* 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.

Secretaría de SALUD

CERTIFICADO DE USO DE BIEN INMUEBLE

El suscrito Supervisor del Contrato N. 413 del 13 de febrero de 2024

CERTIFICA:

El bien inmueble ubicado en la Calle 22 # 11-99 - Carrera. 12 # 21-104 de la ciudad de Tunja, arrendado mediante contrato N. 413 del 13 de febrero de 2024, ha sido usado durante el periodo de 01 de octubre de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

La presente se expide en Tunja, en el mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

LAURA LIZETH LACHE TAPIAS
Jefe Oficina Asesora Para La
Gestión Estratégica Del Sector Salud
Supervisor del Contrato