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

PERIODO REPORTE DEL : **01/10/2024 AL 31/12/2024** CONTRATO No. **1864 de 2024**

REGISTRO BPyP No.: **2024 00415 0028**

FECHA INICIACIÓN: **26/04/2024** FECHA TERMINACIÓN: **31/12/2024**

CONTRATISTA: **CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN - RL/LUZ MARINA SOCHA GOMEZ** INTERVENTOR: **AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO**

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO Y ESPACIOS LIBRES UBICADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE SOATA, INSCRITO PARA EL FOLIO DE MATRICULA INMOBILIARIA N.093-24811 PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACIÓN DEL MUNICIPIO DE SOATA, DE PROPIEDAD DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN, PARA EL AÑO

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Entregar al arrendatario, al momento de la celebración del contrato, el inmueble dado en arrendamiento en buen estado de servicio y poner a disposición los servicios públicos requeridos para el buen funcionamiento.	El Inmueble esta en optimas condiciones.	X			
2	Permitirle el uso y goce del inmueble objeto del presente contrato y para la destinación estipulada.	Permite el uso y coge del inmueble de acuerdo al contrato suscrito entre las partes.	X			
3	Entregar el inmueble en perfectas condiciones de uso, habitabilidad y con los servicios públicos domiciliarios al día.	El Inmueble esta en condiciones, para uso.	X			

4	Seguir las indicaciones que el supervisor del contrato realice por escrito.	La actividades indicadas por el supervisor se cumplieron.	X			
5	Obrar con lealtad y buena fe en cada una de las etapas contractuales, evitando dilataciones y entrabamientos.	Se da cumplimiento.	X			
6	Mantener la reserva sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato.	Se da cumplimiento.	X			
7	Conocer íntegramente los manuales del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación de Boyacá y aplicar los procedimientos con sus respectivos formatos en desarrollo del contrato.	Se da cumplimiento.	X			
8	En el caso que la obra que se encuentra en ejecución para a INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACIÓN DEL MUNICIPIO DE SOATA, sea entregada, se dará por terminado el contrato y se procederá a su liquidación de acuerdo al tiempo efectivamente causado.	Se da cumplimiento.	X			
9	Las demás que deriven de la ejecución del objeto del contrato, de acuerdo a su naturaleza y que sean concertadas entre las partes.	Se da cumplimiento.	X			

Firma: _____
Nombre: **AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **LUZ MARINA SOCHA GOMEZ**
CONTRATISTA

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

Gobernación de Boyacá | Contratación

TRAMITADO

SANDRA M. QUIROGA FONSECA

DICIEMBRE DE 2024

FECHA _____

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L**, identificada con **NI** número **860006745**, aportó por **LUZ MARINA SOCHA GOMEZ** identificado(a) con **CC** número **23764225** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	16															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Noviembre - 2024	82256432	03/12/2024	No
14-11	ARL SURA	16															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Noviembre - 2024	82256432	03/12/2024	No
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	16															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Noviembre - 2024	82256432	03/12/2024	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Diciembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	860006745-6	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	CALLE 19 NO 19-27	2472300	gh@economato.lapresentacionprovinciabogota.org	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ASOCIACION HER	120	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	Y	10/12/2024	82536044	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	860006745-6	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L		CALLE 19 NO 19-27	2472300	gh@economato.lapresentacionprovinciabogota.org
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	ASOCIACION HER	120	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	Y	10/12/2024	82536044	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	23764225	SOCHA GOMEZ LUZ MARINA	16	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	CONGREGACION HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE L	**NIT:**	860006745
Tipo Planilla:	Y	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2024
Sucursal o Dependencia:	ASOCIACION HERMANAS INDEPENDIENTES	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2024
Número de Radicación:	82536044	**Total a pagar:**	$377,300
Fecha de vencimiento:	14/01/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/12/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	1114692421
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$6,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$208,000
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$162,500
						$377,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 2024		
CONTRATO __X__ CONVENIO ____	No. **1864**	DE FECHA: **26/04/2024**	
OBJETO	**ARRENDAMIENTO Y ESPACIOS LIBRES UBICADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE SOATA, INSCRITO PARA EL FOLIO DE MATRICULA INMOBILIARIA N.093-24811 PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACIÓN DEL MUNICIPIO DE SOATA, DE PROPIEDAD DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN, PARA EL AÑO ELECTIVO 2024**		
CONTRATISTA	**CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN**		NIT: **860.006.745-6**
	RL/LUZ MARINA SOCHA GOMEZ		C.C: **23.764.225**
INTERVENTOR __ SUPERVISOR __	**AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO**		C.C: **40.021.455**
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	**$ 387.898.908,00**	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	**$ 387.898.908,00**		
PLAZO INICIAL	**A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
PRORROGA N° ____	Tiempo:	De Fecha:	
PRORROGA N° ____	Tiempo:	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	**A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024**		
FECHA DE INICIACIÓN	**26/04/2024**		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	**31/12/2024**		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL			
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**01/10/2024 AL 31/12/2024**		
RBPP N°	**2024 00415 0028**		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: **3296** AÑO: **2024**, RPC No: AÑO__,

En las oficinas de **SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOYACÁ** se reunieron los señores, **AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO** Interventor / Supervisor, y el señor **LUZ MARINA SOCHA GOMEZ** 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° N/A del mes (es) N/A de conformidad con la normatividad vigente.

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.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o Convenio	387.898.908,00	-
Amortización Anticipo	-	-
Valor a pagar de la presente acta	-	96.974.727,00
Valor Total actas pagadas	-	290.924.181,00
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)	-	-
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)	-	-
Sumas iguales	387.898.908,00	387.898.908,00

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: 0550470100410336	BANCO: DAVIVIENDA	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: Se anexa planilla de seguridad social y certificacion de parafiscales

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____

Nombre: **AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO**

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: **CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN - RL/LUZ MARINA SOCHA GOMEZ**

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.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación

Copias: Orden de Pago Tesorería, Contra

Gobernación de Boyacá | Contratación

REVISADO

SANDRA M. QUIROGA FONSECA

DICIEMBRE DE 2024

FECHA _____

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		**FECHA: 26/Feb/2021**

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	X	**CONVENIO:**	
INTERVENTORÍA:		**SUPERVISIÓN**	
PARCIAL		**FINAL**	1

INFORME No:	4	FECHA:		de	**DICIEMBRE**	de	**2024**			
PERIODO: DEL	**1**	de	**OCTUBRE**	de	**2024**	AL	**31**	de	**DICIEMBRE**	de	**2024**
No. CONTRATO O CONVENIO	**1864**	DE	**2024**	FECHA:	**26**	de	**ABRIL**	de	**2024**		
VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 387.898.908,00**			RPC	**1109**					
REGISTRO BP y P No.	**2024 00415 0028**									
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN - RL/LUZ MARINA SOCHA GOMEZ**									

OBJETO: ARRENDAMIENTO Y ESPACIOS LIBRES UBICADO EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE SOATA, INSCRITO PARA EL FOLIO DE MATRICULA INMOBILIARIA N.093-24811 PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACIÓN DEL MUNICIPIO DE SOATA, DE PROPIEDAD DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS DE CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN DE LA SANTÍSIMA VIRGEN, PARA EL AÑO ELECTIVO 2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	**AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO**

Teléfono: 720200 EXT 3204 Dirección: **CALLE 10 N O.18-68**

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	26	04	2024
PLAZO INICIAL	A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024		
PLAZO CON ADICIONES	N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	31	12	2024
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)			

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACIÓN DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	26	04	2024	
PARCIAL NO. 01	4	06	2024	
PARCIAL NO. 02	12	08	2024	
PARCIAL NO. 03	15	10	2024	
ACTA FINAL		12	2024	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

CONTRATO O CONVENIO

NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)	VALOR	PLAZO

VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL				**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)			DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN
1	CLAUSULA CUARTA	9	05	2024	CAMBIAR LOS MESES DE PAGO, EN ESPECIAL LA PRIMERA DEL PARCIAL 1.

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO

ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
Entregar al arrendatario, al momento de la celebración del contrato, el inmueble dado en arrendamiento en buen estado de servicio y poner a disposición los servicios públicos requeridos para el buen funcionamiento.	El Inmueble esta en optimas condiciones.				
Permitirle el uso y goce del inmueble objeto del presente contrato y para la destinación estipulada.	Permite el uso y coge del inmueble de acuerdo al contrato suscrito entre las partes.				
Entregar el inmueble en perfectas condiciones de uso, habitabilidad y con los servicios públicos domiciliarios al día.	El Inmueble esta en condiciones, para uso.				
Seguir las indicaciones que el supervisor del contrato realice por escrito.	La actividades indicadas por el supervisor se cumplieron.				
Obrar con lealtad y buena fe en cada una de las etapas contractuales, evitando dilataciones y entrabamientos.	Se da cumplimiento.				
Mantener la reserva sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato.	Se da cumplimiento.				
Conocer íntegramente los manuales del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación de Boyacá y aplicar los procedimientos con sus respectivos formatos en desarrollo del contrato.	Se da cumplimiento.				
En el caso que la obra que se encuentra en ejecución para a INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR LA PRESENTACIÓN DEL MUNICIPIO DE SOATA, sea entregada, se dará por terminado el contrato y se procederá a su liquidación de acuerdo al tiempo efectivamente causado.	Se tiene presente.				
Las demás que deriven de la ejecución del objeto del contrato, de acuerdo a su naturaleza y que sean concertadas entre las partes.	Se da cumplimiento.				

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 1**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		**FECHA: 26/Feb/2021**

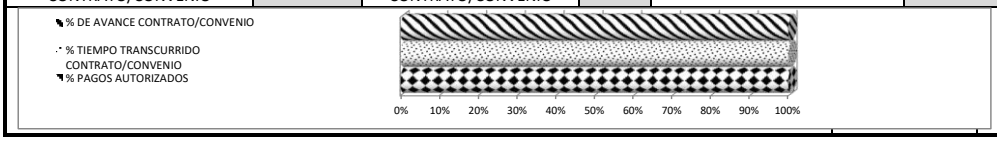
INFORME TÉCNICO

Se realizo verificacion del inmueble del estado, lo cual no impide el correcto funcionamiento.

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	**100,0%**	% PAGOS AUTORIZADOS	**100%**



DESCRIPCION DETALLADA DE LA EJECUCION, AVANCE Y ESTADO DEL CONTRATO Y/O CONVENIO CON ESPECIFICACION EN CUANTO A LAS PARTICULARIDADES Y OBSERVACIONES PRESENTADAS EN EL DESARROLLO CONTRACTUAL

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

Se viene realizando el correcto cumplimiento del objeto del contrato.

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	550470100410336	FIDUCIA No.:		BANCO:	DAVIVIENDA
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:					
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:	BANCO AGRARIO				

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA PARCIAL No.1	25	4	06	2024	$ 96.974.727,00
ACTA PARCIAL No.2	50	12	08	2024	$ 96.974.727,00
ACTA PARCIAL No.3	75	15	10	2024	$ 96.974.727,00
ACTA FINAL	100		12	2024	$ 96.974.727,00
TOTAL					**$ 387.898.908,00**

INFORME JURÍDICO

N/A

OBSERVACIONES:

AURA MARINA SALOMON AVENDAÑO

Nombre y Firma Supervisor o Interventor

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

Gobernación de Boyacá | Contratación

TRAMITADO

SANDRA M. QUIROGA FONSECA

DICIEMBRE DE 2024

FECHA _____