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

PERIODO REPORTE: 6 de Febrero de 2025 a 5 de Marzo de 2025 CONTRATO No. 527

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0320-A1

FECHA INICIACIÓN:06/02/2025 FECHA TERMINACIÓN: 05/10/2025

CONTRATISTA: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ INTERVENTOR: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS ACCIONES DE MEJORA Y OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG 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	Realizar las capacitaciones asociadas al MIPG solicitadas por los funcionarios de la Secretaría de Salud	Se brindo capacitación en el procedimiento de asistencia técnica en salud a los referentes de los programas de la Dirección de Promoción y Prevención el día 19 de febrero de 2025		X		Evidencia: Listas de asistencia
2	Apoyar a la Secretaría de Salud en la ejecución de los lineamientos establecidos en la herramienta Isolución.	Se revisaron y actualizaron formatos de los subprocesos de aseguramiento en salud y promoción y Prevención en salud en la herramienta ISolución		X		Evidencia: Herramienta ISolución Evidencia: Correo calidad.salud@boyaca.gov.co
3	Entregar los informes requeridos por las dependencias de la Gobernación de Boyacá en lo referido al MIPG.	Se brindo apoyo al Secretario de Salud para realizar las evaluaciones del desempeño y la concertación de objetivos de los funcionarios a su cargo. Se brindo apoyo a la Jefe de Oficina para la Gestión Estratégica del Sector salud para realizar las evaluaciones del desempeño y la concertación de		X		Evidencia: Plataforma SEDEL Evidencia: Comunicación a Talento Humano

		objetivos de los funcionarios a su cargo.				
4	Apoyar con la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y demás sistemas de gestión de la Gobernación de Boyacá.	De manera continua se realizan actividades enfocadas en la operación e implementación del MIPG, como informes, capacitaciones, gestión del riesgo. Apoyo a las facilitadoras de la Secretaria de Salud en la actualización de los riesgos de gestión, corrupción y tecnológicos de cada subproceso.		X		Evidencia: Listas de asistencia



Firma:_____

Nombre: LAURA LIZETH LACHE TAPIAS

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR



Firma: _____

Nombre: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2025-000046-SALOGE

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
No. Identificación: CC1049611506
Dirección: CRA5 D N 13 A 23
Telefono: 7475704
Correo: hernandezcostanza@gmail.com
Ciudad: TUNJA
Número de Planilla: 8384277396

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC1049611506
Número de planilla	8384277396
Fecha pago	2025-02-26
Número de autorización pago	59067762
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	532100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	41900	1
230301	Porvenir	275200	1
EPS008	Compensar EPS	215000	1

8384277396

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1049611506
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1720000	1720000	1720000	0	215000	0	275200	0	41900	0

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

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

ACTA PARCIAL	1		
FECHA PRESENTE ACTA	6/03/2025		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	527	DE FECHA: 05/02/2025	
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS ACCIONES DE MEJORA Y OPERACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG DE LA SECRETARIA 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 :	$ 32.712.800,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 32.712.800,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	06/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	05/10/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	06 de febrero de 2025 a 05 de marzo de 2025		
RBPP N°	2024 00415 0320-A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 1131 AÑO: 2025, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE 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° 8384277396 del mes (es) Febrero 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	$ 32.712.800,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.089.100,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 0,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 28.623.700,00
Sumas iguales	$ 32.712.800,00	$ 32.712.800,00

**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-2025-000048-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