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

PERIODO REPORTE DEL _06/04/2025_AL__05/05/2025__ CONTRATO No. 519

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0348-A1

FECHA INICIACIÓN____06/02/2025_____ FECHA TERMINACIÓN___05/05/2025_____

CONTRATISTA:_____NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS_____ INTERVENTOR: ___DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ_____

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN EN FORMULACIÓN DE PROGRAMAS, PROYECTOS Y ESTRATEGIAS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN LA OFICINA ASESORA DE DESPACHO (15)

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Elaborar y mantener la identidad gráfica de la entidad en cada una de las piezas para comunicación interna y externa. Elaborar y mantener la identidad gráfica de la entidad en cada una de las piezas para comunicación interna y externa	Se realizaron las actividades de acuerdo a las directrices de la supervisión en el periodo de 06/04/2025 a 05/05/2025, frente a la asignación de los elementos desarrollados en la U.A.C.P y conformes a los eventos ejecutaron.	X			Se adjuntan evidencias en formato CD
2	Elaborar piezas gráficas con contenidos claros y novedosos que garanticen la difusión de informaciones concernientes con la gestión de la Gobernación de Boyacá, sus macroproyectos, proyectos desarrollados por las diferentes sectoriales.	Se elaboraron los elementos gráficos consecuentes a las campañanas , eventos protocolarios y demás actividades indicadas por el supervisor en el periodo 06/04/2025 a 05/05/2025	X			Se adjuntan evidencias en formato CD
3	Elaborar las piezas gráficas que requiera la entidad mensualmente para comunicación interna y externa: impresos, invitaciones, mensajes tipo mailling, carteleras, tarjetas, presentaciones PowerPoint, página web, imagen de campañas, volantes, cartillas y pendones	Se elaboraron los elementos gráficos consecuentes a las campañanas , eventos protocolarios y demás actividades indicadas por el supervisor en el periodo 06/04/2025 a 05/05/2025	X			Se adjuntan evidencias en formato CD
4	Desarrollar las acciones administrativas para la gestión de documentos de acuerdo a los lineamientos técnicos establecidos y de conformidad con las competencias encomendadas, manteniendo actualizados los sistemas de información institucional y guarda de archivos de gestión	Se desarrolla y gestiona en el periodo 06/04/2025 a 05/05/2025 todos los elementos administrativos consecuentes a las labores indicadas por la supervisión del contrato	X			Se adjuntan evidencias en formato CD
5	Entregar, debidamente organizados todos los archivos y documentos desarrollados durante la ejecución del contrato al supervisor del mismo	Se entregó la documentación pertinente a los procesos solicitados por el supervisor del contrato	X			Se adjuntan evidencias en formato CD

Firma: _____

Nombre: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: **NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS**

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:	1117515519
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	KRA 8B 6 60 LA ESTRELLA	TELÉFONO:	4444444
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:	**4595358357**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992352194

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 317.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 317.300	$ 0	$ 317.300
SUBTOTALES:										**$ 317.300**	**$ 0**	**$ 317.300**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 247.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.900	$ 0	$ 0	$ 247.900
SUBTOTALES:													**$ 247.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 247.900**

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	$ 48.300	$ 48.300	$ 0	$ 0	$ 48.300
SUBTOTALES:									**$ 48.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 48.300**

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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1117515519	ROSAS CARDENAS NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.982.544				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.982.544	$ 317.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 317.300	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.982.544	$ 247.900	$ 0	$ 247.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.982.544	111751551	$ 48.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 613.500

Planilla Pagada

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

ACTA PARCIAL	3		
FECHA PRESENTE ACTA	16/05/2025		
CONTRATO ____ CONVENIO _____	519	DE FECHA:	5/02/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN EN FORMULACIÓN DE PROGRAMAS, PROYECTOS Y ESTRATEGIAS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN LA OFICINA ASESORA DE DESPACHO (15)		
CONTRATISTA	NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS		NIT: 1117515519-7 C.C: 1117515519
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ		C.C: 1057595208
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 34.694.520,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 34.694.520,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES CERO (0) DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N/A	De Fecha: N/A	
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES CERO (0) DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	6/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N/A		
FECHA DE TERMINACIÓN	5/09/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N/A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	del 06/04/2025 al 05/05/2025		
RBPP N°	2024 00415 0348-A1		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:__1123_____ AÑO: ____2025_____, RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de__UNIDAD ADMINISTRATIVA DE COMUNICACIONES Y PROTOCOLO_____ se reunieron los señores, _____DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ_____ Interventor / Supervisor y el señor ___NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS_____ 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° _____4595358357_____ del mes (es)_____ABRIL_____ 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	34.694.520,00	0
Amortización Anticipo	0	0
Valor a pagar de la presente acta	0	4.956.360,00
Valor Total actas pagadas	0	9.912.720,00
Saldo por ejecutar	0	19.825.440,00
Sumas iguales	34.694.520,00	34.694.520,00

**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: 46655619780	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: DIANA MARCELA ESPINEL LOPEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS
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, Contratista, Supervisor y/o Interventor