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

PERIODO REPORTE DEL 14-03-2025 AL 13-04-2025 CONTRATO No. 780

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0386

FECHA INICIACIÓN 14/02/2025 FECHA TERMINACIÓN 13/10/2025

CONTRATISTA: ANA AIRE ASCENCIO HIGUERA INTERVENTOR: GLORIA PATRICIA AVELLO BOLIVAR

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÒN DE LA SALUD NUTRICIONAL EN BOYACA NRO 3.

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Realizar mensualmente el diligenciamiento completo y oportuno de las bases de datos generadas para mostrar los avances realizados en las actividades asignadas, el cumplimiento de las metas departamentales y las observaciones propias de mejora en las visitas realizadas, así mismo Archivar física y magnéticamente los documentos que se generen en la dimensión, utilizando las tablas de retención documental y las normas del Sistema Integrado de Gestión.	Se realiza durante la ejecucion del contrato		x		
2	Asistir a reuniones y/o comités nacionales, departamentales y municipales que aporten de manera significativa al cumplimiento de las metas del proyecto de nutrición o de las metas departamentales según necesidad del servicio y apoyar el desarrollo de capacitaciones y estrategias educativas departamentales en temas de salud nutricional, derecho humano a la alimentación y tiendas escolares.	Asistencia a la reunion sobre plan de reduccion de la mortalidad infantil organizada por el ministerio de salud el dia 27 de abril.		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB

3	Organizar y desarrollar acciones que promuevan, protejan y apoyen la lactancia materna en el Departamento de Boyacá: encaminadas al mejoramiento de las capacidades técnicas del talento humano de las IPS de los municipios asignados y otros actores sociales realizando 3 talleres sobre habilidades en consejería en lactancia materna y alimentación complementaria y en la movilización social para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna de acuerdo a lema internacional del año 2025	se programo para el siguiente periodo		x		
4	Realizar la asistencia técnica y verificación del cumplimiento de las actividades del PIC referentes al programa de Nutrición en los municipios asignados.	Se realiza verificacion de las actividades de PIC a la ESE Hospital San Antonio de Soata		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB
5	Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de sostenibilidad establecidos por las IPS certificadas como Institución Amiga de la Mujer y la infancia Integral.	Participacion reunion de organización de la ceremonia donde se realizará la certificacion de instituciones IAMII del departamento		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB
6	Realizar acompañamiento a las IPS priorizadas del Departamento de Boyacá para que mejoren sus prácticas de salud nutricional en el marco de la estrategia IAMII -Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral y en las normas, protocolos, procedimientos y lineamientos nacionales y departamentales y verificar la implementación efectiva de los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y niños menores de 5 años con desnutrición aguda y su respectiva ruta integral, para lo cual se realizara búsqueda pasiva del evento mediante la revisión de bases de datos institucional la cual será entregada al referente de nutrición, verificación de la notificación al SIVIGILA, verificar manejo de acuerdo al lineamiento y promover su inclusión en el sistema de calidad, detección y socialización de puntos de mejora, presentar informe de lo hallado en los comités de SAN	Se realiza asistencia tecnica y acompañamiento presencial a las instituciones de salud asi: ESE Salud Siachoque 20 de marzo, ESE Salud Aquitania 28 de marzo, ESE Hospital San Vicente de Ramiriqui el 31 de marzo, ESE Hospital San Vicente de Paul de Paipa el 11 de abril, ESE Santa Barbara de Sora el 10 de abril, ESE Hospital de Moniquira el 25 de marzo, ESE Santiago de Tunja el 09 de abril. Se realizó asistencia tecnica y capacitacion virtual a las IPS priorizadas en la implementacion de la estrategia IAMII los dias 5 de abril y 9 de abril.		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB
7	Apoyar la evaluación de la estrategia IAMII a nivel departamental incluyendo el consolidado de las bases de datos general de las IPS priorizadas en IAMII y el reporte departamental trimestral y anual	Se realizo revision y construccion de instrumentos para recoleccion de informacion de las instituciones IAMII. Teniendo en cuenta la normatividad vigente y el nuevo lineamiento iamii.		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB

8	Apoyar el mejoramiento de las capacidades técnicas del talento humano de las IPS y otros actores de los municipios asignados desarrollando: • 9 Talleres de fortalecimiento de la estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral -IAMII en las IPS priorizadas • 2 talleres con actores intersectoriales de los entes territoriales de los municipios priorizados, sobre IAMII • 3 talleres sobre 2350 de 2020 y 2465 de 2018 y manejo nutricional a las IPS priorizadas 3 talleres sobre salas amigas de la familia lactante y código de sucedáneos a las IPS priorizadas	Organización y concertacion con las diferentes gerencias de las IPS que trabajaran la implementacion de IAMII en el presente año los dias 21 y 22 de marzo. Se realiza taller el día 03 de abril con las 24 instituciones priorizadas para la implementacion de la estrategia IAMII en el departamento.		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB
9	Seguimiento a alertas tempranas de desnutrición aguda en menores de 5 años de los municipios asignados, en articulación con el equipo de vigilancia en salud pública.	Se realiza seguimiento sobre caso de desnutricion a la ESE Salud Sogamoso y Hospital Regional de Sogamoso.		x		Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB

Firma: Gloria Patricia Avello B

Nombre: GLORIA PATRICIA AVELLO BOLIVAR

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ANAAIRE ASCENCIO HIGUERA

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:	47434383
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA AIRE ASENCIO HIGUERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CLL 28 11 33	TELÉFONO:	7400000
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:	**4601307258**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992436961

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	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 320.000	$ 500	$ 320.500
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 500**	**$ 320.500**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 250.000	$ 400	$ 0	$ 250.400
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 250.400**

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	$ 20.900	$ 20.900	$ 100	$ 0	$ 21.000
SUBTOTALES:									**$ 20.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 21.000**

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 47434383	ASCENCIO HIGUERA ANA AIRE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	47434383	$ 20.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 591.900

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

ACTA PARCIAL	2		
FECHA PRESENTE ACTA	19/05/2025		
CONTRATO x CONVENIO ____	780	DE FECHA:	12/02/2025
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÒN DE LA SALUD NUTRICIONAL EN BOYACA NRO 3.		
CONTRATISTA	ANA AIRE ASCENCIO HIGUERA		NIT: 47434383-1 C.C: 47434383
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	GLORIA PATRICIA AVELLO BOLIVAR		C.C: 40034273
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 39.912.912,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 39.912.912,00	
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	14/02/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°_____	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N°____	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	13/10/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**14-03-2025 al 13-04-2025**		
RBPP N°	**2024 00415 0386**		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 1404 AÑO: 2025 RPC No: _____ AÑO_____.

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, GLORIA PATRICIA AVELLO BOLIVAR Interventor / Supervisor y el señor ANA AIRE ASCENCIO HIGUERA 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° 4601307258 del mes (es) de marzo 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	39.912.912,00	0,00
Amortización Anticipo	0,00	0,00
Valor a pagar de la presente acta	0,00	4.989.114,00
Valor Total actas pagadas	0,00	4.989.114,00
Saldo por ejecutar	0,00	29.934.684,00
Sumas iguales	$ 39.912.912,00	$ 39.919.912,00

**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: 462319799	BANCO: DE BOGOTA	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: acta parcial 2

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

Firma: Gloria Patricia Avello B

Nombre: GLORIA PATRICIA AVELLO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: ANA AIRE ASCENCIO H
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**