

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

PERIODO REPORTE: Del 20/06/2025 AL 19/07/2025

CONTRATO No. 74

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0246-A1

FECHA INICIACIÓN:20/01/2025

FECHA TERMINACIÓN: 19/08/2025

CONTRATISTA: JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ

INTERVENTOR: Yolanda Arce Castro

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DE HACIENDA - PRESUPUESTO 1,53

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Apoyo y soporte a la subdirección operativa de presupuesto de la secretaria de hacienda del Departamento, en la creación de rubrospresupuestales, tanto en el presupuesto de ingresos como en el de gastos en el aplicativo de la entidad	Se apoyó durante el periodo de ejecución del informe con la subdirección operativa de presupuesto de la secretaria de hacienda del Departamento, en creación de rubros presupuestales en el aplicativo de la entidad solicitados por las distintas sectoriales para poder continuar con los tramites correspondientes	X			
2	Apoyar en la elaboración de informes presupuestales, especialmente los informes de tipo gerencial y ejecutivo	Se realizaron los informes presupuestales durante el periodo ejecutado del informe solicitados por la supervisión detallando el comportamiento de los ingresos y gastos del departamento de Boyacá	X			

3	Apoyar en el manejo de la Plataforma Integrada de inversión Pública (PIIP) herramienta web para el manejo de los proyectos de inversión pública, especialmente en el tema presupuesta	Se apoyó durante el periodo del informe en el manejo de la Plataforma Integrada de inversión Pública (PIIP) con respecto al presupuesto de los proyectos en ejecución en la vigencia 2025 por el Departamento de Boyacá	X			
4	Realizar apoyo en el seguimiento y análisis de las ejecuciones presupuestales del Departamento	Se realizó en el seguimiento y análisis de las ejecuciones presupuestales del Departamento durante el periodo de ejecución del informe de actividades	X			
5	Apoyo operativo en las acciones que desarrolla la subdirección, específicamente en los movimientos del presupuesto traslados, reducciones, etc.	Se apoyó a la subdirección de presupuesto, en los movimientos del presupuesto como adiciones, traslados, reducciones solicitado por las diferentes sectoriales	X			
6	Contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales y asegurar el desarrollo eficiente de procesos mediante la asistencia a reuniones, capacitaciones, socializaciones y mesas de trabajo, ya sea de forma presencial o virtual, según las citaciones y requerimientos establecidos	Se contrinuuyó al cumplimiento de los objetivos institucionales y asegurar el desarrollo eficiente de procesos mediante la asistencia a reuniones, capacitaciones, socializaciones y mesas de trabajo, ya sea de forma presencial o virtual, según las citaciones y requerimientos establecidos	X			

Firma: _____

Nombre: Yolanda Arce Castro

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Radicado No. S-2025-000336-HACSP

Firma: _____

Nombre: JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ

CONTRATISTA

JOHN ANDERSON

ALFONSO BOHORQUEZ

CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1049636115				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					TUNJA					DEPARTAMENTO:					JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CENTRO					TELÉFONO:					BOYACA				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

NÚMERO PLANILLA:										7980015471									
PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES					junio AÑO					2025				
DÍAS DE MORA:					17					PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					MES				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2025/07/21					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1643079283				

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
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 261.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.800	\$ 0	\$ 261.800	\$ 2.800	\$ 264.600
SUBTOTALES:										\$ 261.800	\$ 2.800	\$ 264.600

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		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 204.500		\$ 0	\$ 2.200		\$ 0	\$ 204.500	\$ 2.200	\$ 0	\$ 206.700
SUBTOTALES:									\$ 204.500			\$ 2.200			\$ 204.500	\$ 2.200	\$ 0	\$ 206.700

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	\$ 8.600	\$ 8.600	\$ 100	\$ 0	\$ 8.700	
SUBTOTALES:									\$ 8.600	\$ 100	\$ 0	\$ 8.700	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																										
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																		
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	PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU											
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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
1	CC 1049636115	ALFONSO BOHORQUEZ JOHN ANDERSON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.635.640				NO																		230301-PORVENIR	30	1.635.640	\$ 261.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 261.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.635.640	\$ 204.500	\$ 0	\$ 204.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.635.640	\$ 104963611	\$ 8.600		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 480.000

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

ACTA PARCIAL	6
FECHA PRESENTE ACTA	21/07/2025
CONTRATO ☒ CONVENIO ☐	74
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DE HACIENDA - PRESUPUESTO 1,53
CONTRATISTA	JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Yolanda Arce Castro
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL : \$ 28.623.700,00
	APORTE DEL DEPARTAMENTO: \$ 0,00
	APORTE DE CONTRAPARTE: \$ 0,00
ADICIONAL N°	VALOR \$0.00
ADICIONAL N°	VALOR \$0.00
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 28.623.700,00
PLAZO INICIAL	SIETE (7) 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	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS
FECHA DE INICIACIÓN	20/01/2025
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:
FECHA DE TERMINACIÓN	19/08/2025
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Del 20/06/2025 AL 19/07/2025
RBPP N°	2024 00415 0246-A1

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 228 AÑO: 2025 , RPC No AÑO.

En las oficinas de SUBDIRECCIÓN DE PRESUPUESTO se reunieron los señores, Yolanda Arce Castro Interventor / Supervisor y el señor JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ 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, características 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° 7980015471 del mes (es) Junio 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 financiación debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiación, según 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	\$ 28.623.700,00	\$ 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	\$ 20.445.500,00
Saldo por ejecutar	\$ 0,00	\$ 4.089.100,00
Sumas iguales	\$ 28.623.700,00	\$ 28.623.700,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- 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: 397080789	BANCO: Banco de Bogotá	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: Yolanda Arce Castro
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR
Radicado No. S-2025-000340-HACSP


Firma:
Nombre: JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ
CONTRATISTA

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

JOHN ANDERSON ALFONSO BOHORQUEZ
CONTRATISTA