S-2025-019765-SALDPP

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

PERIODO REPORTE: 14-06-2025 al 13-07-2025 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. | no se programo durante el periodo | | x | | |
| 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 | Reunion el día 09 y 11 de Julio planteamiento celebracion SMLM, COMFABOY. Reunion alcaldia del municipio de Tota el día 04-07-2025 con el objetivo de articulacion de acciones para promocion y apoyo a la lactancia materna. | | x | | Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB |
| 4 | Realizar la asistencia técnica y verificación del cumplimiento de las actividades del PIC referentes al programa de Nutrición en los municipios asignados. | no se programo durante el periodo | | x | | |
| 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. | Se realiza asistencia tecnica para la sostenibilidad de la estrategia IAMII asi: ESE Hospital Sogamoso el día 20-06-2025 | | x | | Los listados y acta reposan en la carpeta asistencia técnica del archivo documental de nutrición SESALUB |

S-2025-019765-SALDPP

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 realizó asistencia técnica presencial a las IPS en la implementación de la estrategia IAMII, asi: ESE CS Santa Lucia Cucaita 24-06-2025, ESE Rafael Salgado De Maripi el día 01-07-2025, ESE San Vicente Ferrer de Saboya el día 02-07-2025, ESE Hospital Regional de Miraflores el dia 08-07-2025. Asistencia tecnica virtual individual asi: ESE xHospital Sagrado Corazon de Jesus de Socha el dia 18-06-2025. ESE Centro de Salud Siachoque el dia 25-06-2025, ESE CS San Miguel de Tuta el día 25-06-2025, ESE Aquitania 26-06-2025 | | 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 realiza revision de los datos generales que envian las IPS priorizadas 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 | Se realizo taller sobre resolucion 2350 de 2020 y 2465 de 2018, manejo nutricional a menores de cinco años a profesionales de la ESE Hospital Regional de Sogamoso el día 16-06-2025. Se realizo taller de fortalecimiento implementacion de estrategia iamii hospital regional Chiquinquirá el dia 17 de junio. Se realizó taller de fortalecimiento para la implementacion de la estrategia IAMII en la ESE CS santa Lucía de Cucaita el día 03 de Julio. Reunion acciones intersectoriales en salud y nutricion alcaldia municipio de miraflores el dia 08 de julio. | | 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. | Seguimiento resolucion 2350-20, alerta temprana de desnutrición aguda en menor de 5 años municipio de Tota el día 04-07-2025 | | 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: ANA AIRE ASCENCIO HIGUERA
CONTRATISTA

Radicado No. **S-2025-019765-SALDPP**

**ANA AIRE ASCENCIO**

**HIGUERA**

S-2025-019765-SALDPP

CONTRATISTA

# 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: | **4619734129** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio AÑO 2025 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 46 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/09/02 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9993861766 |

**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 | $ 9.300 | $ 0 | $ 320.000 | $ 9.300 | $ 329.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 320.000** | **$ 9.300** | **$ 329.300** |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 250.000 | $ 0 | $ 7.300 | $ 0 | $ 250.000 | $ 7.300 | $ 0 | $ 257.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 250.000** | **$ 7.300** | **$ 0** | **$ 257.300** |

**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 | $ 700 | $ 0 | $ 21.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 20.900** | **$ 700** | **$ 0** | **$ 21.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 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 | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | 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 |

**TOTAL PAGADO: $ 608.200**

Planilla Pagada

| | | |
|---|---|---|
| GOBERNACIÓN DE BOYACÁ | **FORMATO** | **VERSIÓN: 0** |
| | | **CÓDIGO: A-AD-GC-F-042** |
| **ACTA PARCIAL** | | **FECHA: 24/Jul/2019** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL | 5 | | |
| FECHA PRESENTE ACTA | 04/09/2025 | | |
| 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 DEL 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: NA. | |
| 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: NA | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° | De Fecha: NA | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 13/10/2025 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | N.A | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | 14-06-2025 al 13-07-2025 | | |
| 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 DESPACHO DEL GOBERNADOR 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, 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° 4619734129 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 | $ 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 | $ 19.956.456,00 |
| Saldo por ejecutar | $ 0,00 | $ 14.967.342,00 |
| **Sumas iguales** | $ 39.912.912,00 | $ 39.912.912,00 |

**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: 462319799 | 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: acta parcial 5

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 BOLIVAR
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR
Radicado No. **S-2025-020124-SALDPP**

Firma: _____
Nombre: ANA AIRE ASCENCIO HIGUERA
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.

S-2025-020124-SALDPP

**ANA AIRE ASCENCIO HIGUERA**
CONTRATISTA