

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

PERIODO REPORTE: DEL 01 DE OCTUBRE AL 16 DE OCTUBRE DE 2025

CONTRATO No. 2547

REGISTRO BPpP No.: 2024 00415 0323-A2

FECHA INICIACIÓN:21/07/2025

FECHA TERMINACIÓN: 16/10/2025

CONTRATISTA: Deisy Milena Alarcon Macana

INTERVENTOR: Nancy Carolina Salcedo Hernandez

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS VISITAS DE HABILITACIÓN DIRIGIDAS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL COMPONENTE DE HABILITACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD No 28.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Realizar curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción establecido por la Función Pública para dar cumplimiento a la Ley 2016 de 2020 a través del siguiente link https://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/eva/_curso-integridad y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución.	Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 2016 de 2020, se realizó el curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, diseñado y dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública. El curso fue desarrollado de manera virtual a través de la plataforma EVA. Una vez finalizado el curso, se descargó el respectivo certificado como soporte de ejecución el día 26 de Julio de 2025.	X			El contratista ejecuta la actividad acorde a lo pactado para el periodo se realiza por el supervisor cargue a Secop de la certificación.
2	Cumplir con el cronograma de las visitas programadas por la Dirección de Prestación de Servicios a los prestadores de salud del Departamento de Boyacá que permitan verificar el cumplimiento de la normatividad vigente con respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).	Se realizó continuación de la visita de la verificación de condiciones de Habilitación de la E.S.E. Hospital Metropolitano Santiago de Tunja en el periodo comprendido del 1 al 7 de octubre de 2025, se efectuó el traslado a la Oficina Jurídica con radicado S-2025-004742-SALDPS y se realizó el reporte de la Circular 058 a la profesional encargada el 10 de octubre de 2025.	X			Se da cumplimiento a la actividad contratada para el periodo del informe actual. Se autoriza el incremento del 10% de los desplazamientos según la circular conjunta C-2024-002567- CIR la cual estableció la tabla de honorarios a efecto de estructurar proyectos para la vigencia 2025.
3	Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos en la plataforma ISOLUCION denominados: VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD CÓDIGO: M-GS-PS-P-012 y VISITA DE VERIFICACIÓN PREVIA DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CÓDIGO: M-GS-PS-P-004 con sus respectivas herramientas cargadas en la plataforma del SIG.	Se dio cumplimiento a los procedimientos M-GSPS-P-012 y MGSPS-P-004 para las visitas: VHC: EMPRESA SOCIAL DE ESTADO HOSPITAL METROPOLITANO SANTIAGO DE TUNJA	X			El contratista ejecuta la actividad acorde a lo pactado para el periodo
4	Entregar los siguientes documentos originados por las distintas visitas para su archivo y custodia por parte de la Dirección de Prestación de Servicios:a.INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN CÓDIGO:M-GS-PS-F-021; b.INFORME DE VISITA PREVIA PARA CONSTATAR CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE	Se efectuó la entrega al archivo institucional de los documentos generados durante la visita de verificación de las condiciones de Habilitación realizada durante 29 y 30 de septiembre y del 1 al 7 de Octubre de 2025 en la E.S.E. Hospital Metropolitano Santiago de Tunja, conforme a los	X			Se da cumplimiento a la actividad contratada para el periodo del informe actual.

	HABILITACIÓN CÓDIGO: M-GS-PS-F-003 c.EVALUACIÓN DEL RIESGO AL PROFESIONAL INDEPENDIENTE POR INCUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN CÓDIGO:M-GS-PS-F020 d.NOTIFICACIONES DE VISITAS A LOS PRESTADORES.	procedimientos establecidos por la Dirección de Prestación de Servicios.				
5	Realizar la revisión de pruebas enviadas por los prestadores de salud ante los incumplimientos y/o hallazgos registrados en las visitas para la emisión de conceptos de acuerdo a las pruebas aportadas por los prestadores de salud teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad vigente.	Actividad no asignada en el periodo	X			
6	Brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud de acuerdo al perfil del contratista acorde a la programación establecida por la Dirección de Prestación de Servicios de Salud.	Actividad no asignada ni realizada en el periodo	X			
7	Emitir de manera oportuna y en los términos que establece la norma, la respuesta de todas las PQRS y/o solicitudes asignadas por la Dirección de Prestación de Servicios, por medio del Sistema de Gestión Documental de la Gobernación de Boyacá.	Se realizó La visita de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) el 9 de octubre de 2025, se elaboró el acta correspondiente y se emitió la respuesta formal mediante el radicado QUYNE S-2025-058966-SALDPS, dando cumplimiento a los tiempos y procedimientos establecidos por la normatividad vigente.	X			Se da cumplimiento a la actividad contratada para el periodo del informe actual.
8	Apoyar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al perfil.	Se asiste a las Jornadas de capacitación en el sistema unico de Habilitacion Resolución 3100 de 2019 dirigida a los prestadores según programación de la Dirección de prestación de servicios	X			Se da cumplimiento a la actividad contratada para el periodo del informe actual.
9	Mantener la reserva de la información entregada por cada uno de los prestadores de servicios de salud del Departamento de Boyacá	Se mantiene la reserva de la información de todos los prestadores del departamento de Boyacá.	X			
10	No realizar de manera particular contratos verbales o escritos con prestadores de servicios de salud del departamento de Boyacá cuyas actividades estén relacionadas con el objeto del presente contrato como asesorías, inspecciones, visitas, elaboración de documentación, entre otros; siendo este causal de terminación de contrato.	No se realizan de manera particular contratos verbales o escritos, "Cuyas actividades estén relacionadas con el objeto del contrato".	X			
11	El contratista debe realizar mensualmente la retroalimentación y cargue al sistema de almacenamiento determinado por la Dirección de Prestación de Servicios de todas aquellas actividades realizadas durante la ejecución del contrato.	Se realiza envío de actas correspondientes para cargue en el respectivo sistema determinado por la DPSS de las actividades desarrolladas en el periodo de 01 al 16 de Octubre de 2025.	X			Se da cumplimiento a la actividad contratada para el periodo del informe actual.

Firma:

Nombre: Nancy Carolina Salcedo Hernandez

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Radicado No. S-2025-004840-SALDPS

@Firma

Firma:

Nombre: Deisy Milena Alarcon Macana

CONTRATISTA

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	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
SUBTOTALES:									\$ 178.000				\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000

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	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700

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	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				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
1	CC 1058038280	ALARCON MACANA DEISY MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.423.500				NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.423.500	\$ 105803828	\$ 34.700	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 440.500
----------------------	-------------------

GOBERNACIÓN DE
Boyacá

FORMATO

VERSIÓN: 0

ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN

FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA

16/10/2025

CONTRATO ☒ CONVENIO

No. 2547

DE FECHA: 17/07/2025

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS VISITAS DE HABILITACIÓN DIRIGIDAS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL COMPONENTE DE HABILITACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD No 28.

CONTRATISTA

Deisy Milena Alarcon Macana

NIT:1058038280-2
C.C:1058038280
C.C:23810627

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Nancy Carolina Salcedo Hernandez

C.C:23810627

VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :

VALOR INICIAL : \$ 25.451.710,00
APORTE DEL DEPARTAMENTO: \$ 0,00
APORTE DE CONTRAPARTE: \$ 0,00

ADICIONAL N°

VALOR \$0.00

ADICIONAL N°

VALOR \$0.00

VALOR TOTAL CON ADICIONES

\$ 25.451.710,00

PLAZO INICIAL

CINCO (5) MESES Y DIEZ (10)DÍAS

PRORROGA N°

Tiempo: N.A De Fecha:

PRORROGA N°

Tiempo: N.A De Fecha:

PLAZO TOTAL

CINCO (5) MESES Y DIEZ (10)DÍAS

FECHA DE INICIACIÓN

21/07/2025

ACTA DE SUSPENSIÓN N°

De Fecha:

ACTA DE REINICIACIÓN N°

De Fecha:

FECHA DE TERMINACIÓN

30/12/2025

FECHA DE TERMINACIÓN REAL

16/10/2025

PERIODO AUTORIZADO A PAGAR

DEL 01 DE OCTUBRE AL 16 DE OCTUBRE DE 2025

RBPP N°

2024 00415 0323-A2

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5679 AÑO: 2024 , RPC No AÑO.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. se reunieron los señores, Nancy Carolina Salcedo Hernandez Interventor / Supervisor y el señor Deisy Milena Alarcon Macana 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° 7991291673 del mes (es) DEL 01 AL 16 DE OCTUBRE DE 2025 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 financiaci3n debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiaci3n, segun hoja anexa de fuentes de financiaci3n (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 o convenio	\$ 25.451.710,00	\$ 0,00
Amortizaci3n Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 2.545.171,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 11.135.122,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 11.771.417,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
Sumas iguales	\$ 25.451.710,00	\$ 25.451.710,00

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiaci3n debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiaci3n- 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: 702780862

BANCO: Banco Av Villas

AHORROS:

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 realizar3 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 LIQUIDACI3N CONTRATO 2547 DE 2025

No siendo otro el objeto de la presente reuni3n se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma:

Firma:

Nombre: Nancy Carolina Salcedo Hernandez
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Nombre: Deisy Milena Alarcon Macana
CONTRATISTA

Radicado No. S-2025-004841-SALDPS

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE

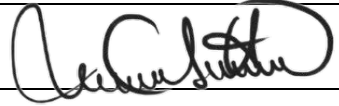
ANEXO: LIQUIDACI3N PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)

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 Secretaria de Contrataci3n

Copias: Orden de Pago Tesoreria, Contratista, Supervisor y/o Interventor

DEISY MILENA ALARCON MACANA
CONTRATISTA

 GOBERNACIÓN DE Boyacá	FORMATO				VERSIÓN: 1
					CÓDIGO: ED-ST-F-045
	PLANILLA DE SEGUIMIENTO				
DATOS DEL CONTRATISTA				DATOS DEL SUPERVISOR	
Contrato N°	2574			Nombre	NANCY CAROLINA SALCEDO HERNANDEZ
Nombre	DEISY MILENA ALARCON MACANA			Cargo	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
EPS	SALUD TOTAL	ARL	POSITIVA	Dependencia	DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS
				Periodo de reporte:	01 de Octubre al 16 de Octubre de 2025
FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
1/10/2025	VHC: ESE HOSPITAL METROPOLITANO SANTIAGO DE TUNJA	TUNJA	8 HORAS	8:00	Bus / Buseta
2/10/2025	VHC: ESE HOSPITAL METROPOLITANO SANTIAGO DE TUNJA	TUNJA	8 HORAS	8:00	Bus / Buseta
6/10/2025	VHC: ESE HOSPITAL METROPOLITANO SANTIAGO DE TUNJA	TUNJA	8 HORAS	8:00	Bus / Buseta
7/10/2025	VHC: ESE HOSPITAL METROPOLITANO SANTIAGO DE TUNJA	TUNJA	8 HORAS	8:00	Bus / Buseta
9/10/2025	IVC: ESE HOSPITAL METROPOLITANO SANTIAGO DE TUNJA	TUNJA	8 HORAS	8:00	Bus / Buseta
FIRMA DEL SUPERVISOR				Nota: Este formato es diligenciado por el supervisor como herramienta para el seguimiento al cumplimiento del objeto contractual.	