S-2025-001746-UCP

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

PERIODO REPORTE: del 01/10/2025 al 31/10/2025 CONTRATO No. 3203

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0348-A2

FECHA INICIACIÓN:19/09/2025 FECHA TERMINACIÓN: 28/12/2025

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 (18)

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 linkhttps://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/eva_/curso-integridad y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución.	Se dio cumplimiento al curso de la Función Pública y se encuentra cargado en la plataforma de secop	X			
2	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 cobrado, frente a la asignación de los elementos desarrollados en la U.A.C.P y conformes a los eventos ejecutaron.	X			
3	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 campañas , eventos protocolarios y demásactividades indicadas por el supervisor en el periodo cobrado	X			
4	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 elaboran elementos gráficos consecuentes a las solicitudes mes a mes dentro de los archivos P.O.P de comunicación Interna y Externa	X			
5	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 cobrado todos los elementos administrativosconsecuentes a las labores indicadas por la supervisión del contrato	X			
6	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			

Firma: _____
Nombre: Diana Marcela Espinel Lopez
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: Natalia Andrea Rosas Cardenas
CONTRATISTA

S-2025-001746-UCP

NATALIA ANDREA

ROSAS CARDENAS

CONTRATISTA

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:	**4621813184**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/06			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994577145

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

S-2025-001748-UCP

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

ACTA PARCIAL	2		
FECHA PRESENTE ACTA	06/11/2025		
CONTRATO __X___ CONVENIO ____	3203	DE FECHA: 19/09/2025	
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 (18)		
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:	$ 16.521.200,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 16.521.200,00	
PLAZO INICIAL	TRES (3) MESES Y DIEZ (10)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: .	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N/A.	
PLAZO TOTAL	TRES (3) MESES Y DIEZ (10)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	19/09/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	28/12/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	del 01/10/2025 al 31/10/2025		
RBPP N°	2024 00415 0348-A2		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 7801 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, 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° 4621813184 del mes (es) octubre 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	$ 16.521.200,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.956.360,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 1.982.544,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 9.582.296,00
Sumas iguales	$ 16.521.200,00	$ 16.521.200,00

**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: 46655619780	BANCO: Bancolombia S.A.	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
Radicado No. S-2025-001748-UCP

Firma: _____
Nombre: Natalia Andrea Rosas Cardenas
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**

S-2025-001748-UCP

NATALIA ANDREA ROSAS CARDENAS
CONTRATISTA