

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

PERIODO REPORTE: DEL 01-11-2025 AL 30-11-2025

CONTRATO No. 1859

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0384

FECHA INICIACIÓN:01/04/2025

FECHA TERMINACIÓN: 31/12/2025

CONTRATISTA: LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS

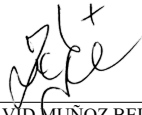
INTERVENTOR: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD No. 3
--

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	Gestionar el correo institucional del Programa, mediante las siguientes acciones: seguimiento a correos, respuesta a correos, archivo documental en drive de acuerdo a la orientación del supervisor u otras acciones relacionadas	Se realizó la gestión del correo institucional agendando los municipios asignados por el supervisor, así mismo se dio respuesta a las solicitudes de los municipios agendados.		X		Se evidencia en los envíos del correo del programa de participación social en salud se han dado respuesta a lo requerido en lo que corresponde en cada uno.
2	Disponer de una línea y dispositivo telefónico (a costo y cargo del contratista) y computador personal con acceso a internet, mediante el cual brinde atención, orientación y seguimiento relacionado con la Política de Participación Social en Salud de las entidades, órganos e instancias del sector salud que le sean asignadas.	Se atendieron las llamadas y WhatsApp enviados a la línea telefónica del contratista frente a las inquietudes por parte de los profesionales asignados a los diferentes municipios.		X		A través de la línea telefónica del contratista se dio repuesta a las inquietudes de los municipios que así lo requirieron y se realizó la respectiva programación y agendamiento de los seguimientos a las entidades.
3	Brindar asistencia técnica, seguimiento, inspección y vigilancia de forma presencial mínimo 35 entidades del sector salud, organizaciones sociales o comunitarias durante la vigencia del presente contrato. Esto incluirá la implementación de los formatos e instrumentos de medición del programa en los municipios asignados del departamento de Boyacá, así como la entrega de actas, registros fotográficos y demás evidencias requeridas por la supervisión.	Se realizó de evaluación de manera presencial tanto ESE como las DLS de los Municipios:		X		No se realiza evaluaciones ya que se le dio cumplimiento en su totalidad a la realización de las evaluaciones de manera presencial tanto a la ESE - DLS.
4	Brindar asistencia técnica, seguimiento, inspección y vigilancia de forma virtual a mínimo 30 entidades del sector salud, organizaciones sociales o comunitarias	Frente a esta actividad se brindó acompañamiento a las asistencias técnicas tanto con las DLS y ESE de manera virtual dando cumplimiento a la meta solicitada por el supervisor del contrato.		X		No se realiza cronograma de actividades de asistencia técnica ya que se le realizo

	durante la vigencia del presente contrato. Esto incluirá la implementación de los formatos e instrumentos de medición del programa en los municipios asignados del departamento de Boyacá, así como la entrega de actas, registros fotográficos y demás evidencias requeridas por la supervisión.	De igual manera se atendieron las diferentes inquietudes de los profesionales por vía telefónica, adicional se remitió el cronograma de las asistencias al supervisor según los municipios asignados.				en su totalidad asistencias técnicas de las ESE- DLS, dando así cumplimiento al contrato.
5	Elaborar y presentar en los primeros 05 días de inicio del presente contrato el cronograma de actividades a desarrollar mensualmente durante la vigencia del presente contrato para respectiva aprobación del supervisor y reportar semanalmente el avance de las respectivas actividades.	Se remitió el cronograma para la respectiva revisión y aprobación del supervisor del contrato.		X		Se cuenta con el cronograma atendiendo los municipios asignados según las provincias para el respectivo contrato.
6	Atender a las solicitudes de información inherente a las labores asignadas, participar de reuniones y/o capacitaciones en la fecha hora y lugar que indique el supervisor, apoyar la gestión, organización y realización de actas en las diferentes reuniones del programa con Veedurías, consejos u otras instancias, apoyar elaboración de documentos u otras acciones en los tiempos que establezca de acuerdo a las necesidades del Programa de Participación Social en Salud.	Se atendieron las diferentes reuniones convocadas por el supervisor del contrato con el fin de fortalecer el programa por medio de las diferentes reuniones, capacitaciones y demás.		X		El día 04 de noviembre 2025, Por solicitud del supervisor del contrato se realiza jornada de archivo en la secretaria de salud, par ale programa de participación social. - El día 05 de noviembre 2025, se realiza entrega al supervisor del contrato los entregables de informes de evaluaciones en físico. - El día 07 de noviembre 2025, se realiza Apoyo Profesional al municipio de Samacá. - El día 11 de noviembre 2025, se realiza reunión interna con el Dr. José David. - El día 19 de noviembre 2025, Por solicitud del supervisor del contrato se realiza jornada de archivo en la secretaria de salud, par ale programa de participación social. - El día 21 de noviembre 2025, se realiza acompañamiento a la posesión del consejo Departamental. El día 25 de noviembre 2025 se realiza reunión interna con el Dr. José David.
7	Registrar, actualizar, archivar y alimentar de manera permanente la base de datos, actas, directorios e informes de los diferentes mecanismos y formas de participación social con las que cuenta el departamento en el drive de participación social en salud o repositorio archivo físico y/o digital que corresponda, dando cumplimiento a los procedimientos, aplicaciones de formatos, establecidos para el sistema de información QUYNE y las tablas de retención documental vigentes establecidos por el MIPG."	Se cuenta con las actas de asistencia técnica y sus respectivos soportes los cuales se procederán a cargar en el drive del contratista		X		- Actas de informes registradas en Drive: Se cuentan con todos los soportes correspondientes de las actas en el Drive.

8	No realizar de manera particular contratos verbales o escritos con prestadores de servicios e instituciones del sistema general de seguridad social en salud cuyas actividades estén relacionadas con el objeto del presente contrato como asesorías, inspecciones, visitas, elaboración de documentos, entre otro"	No me encuentro ejerciendo actividades que estén relacionadas con el objeto del presente contrato como asesorías, inspecciones, visitas u otros aspectos		X	Como consta en la plataforma de verificación de contratos (secop II) no poseo ninguna actividad que esté relacionada con el objeto del presente contrato.
9	Declararse inhabilitado cuando considere que su juicio puede estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor del prestador."	Hasta la fecha no he presentado ninguna situación personal que me declare inhabilitada para la ejecución del presente contrato.		X	Como es de conocimiento del supervisor del contrato no me encuentro con ninguna inhabilidad que este en contra o a favor del prestador.

Firma: 
Nombre: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Radicado No. S-2025-003068-SECSAL

Firma: 
Nombre: LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS
CONTRATISTA

LEYDER KATHERINE
VARGAS VARGAS
CONTRATISTA

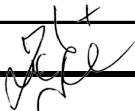
TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 274.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 274.000	\$ 0	\$ 274.000
SUBTOTALES:										\$ 274.000	\$ 0	\$ 274.000

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	\$ 214.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 214.100	\$ 0	\$ 0	\$ 214.100
SUBTOTALES:									\$ 214.100				\$ 214.100	\$ 0	\$ 0	\$ 214.100

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	\$ 41.800	\$ 41.800	\$ 0	\$ 0	\$ 41.800
SUBTOTALES:									\$ 41.800	\$ 0	\$ 0	\$ 41.800

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
1	CC 1015413808	VARGAS VARGAS LEYDER KATHERINE	NTE PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.712.200			NO																			25-14 COLPENSACIONES	30	1.712.200	\$ 274.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 274.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.712.200	\$ 214.100	\$ 0	\$ 214.100	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	1.712.200	\$ 101541380	\$ 41.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 529.900
----------------------	-------------------

 GOBERNACIÓN DE Boyacá		FORMATO			VERSIÓN: 1 CÓDIGO: ED-ST-F-045
PLANILLA DE SEGUIMIENTO					FECHA: 16/Feb/2023
DATOS DEL CONTRATISTA			DATOS DEL SUPERVISOR		
Contrato N°	1859		Nombre	JOSE DAVID MUÑOZ	
Nombre	LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS		Cargo	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	
EPS	SANITAS	ARL	POSITIVA	Dependencia	SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ- SUBDIRECCION DE PROMOCION
			Periodo de reporte: 01/11/2025 AL / 30/11/2025		
FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
4/11/2025	ACTIVIDAD DE ARCHIVO	TUNJA	6HORAS	8:00 A.m	BUS
7/11/2025	Acompañamiento a capacitacion del miniterio de salud	SAMACA	8HORAS	8:00 A.m	BUS
11/11/2025	ACTIVIDAD DE ARCHIVO	TUNJA	6 HORAS	8:00 a. m.	
11/11/2025	REUNION INTERNA PPSS	TUNJA	6 HORAS	2:00 p. m.	BUS
19/11/2025	ACTIVIDAD DE ARCHIVO	TUNJA	6 HORAS	9:00 a. m.	BUS
21/11/2025	ACTIVIDAD DE POSESION DE CDSSS	TUNJA	6 HORAS	8:00 a. m.	BUS
25/11/2025	REUNION INTERNA PPSS	TUNJA	6 HORAS	8:00 a. m.	BUS
FIRMA DEL SUPERVISOR	NOMBRE: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN		FIRMA 		



GOBERNACIÓN DE
Boyacá

FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO: A-AD-GC-F-042

ACTA PARCIAL

FECHA: 24/Jul/2019

ACTA PARCIAL

8

FECHA PRESENTE ACTA

02/12/2025

CONTRATO ☒ CONVENIO ☐

1859

DE FECHA: 28/03/2025

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD No. 3

CONTRATISTA

LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS

NIT:1015413808-2

C.C.:1015413808

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN

C.C.:1019013549

VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :

VALOR INICIAL: \$ 29.963.318,00

APORTE DEL DEPARTAMENTO: \$ 0,00

APORTE DE CONTRAPARTE: \$ 0,00

ADICIONAL N° 1

VALOR \$ 8.560.948,00

ADICIONAL N°

VALOR \$ 0,00

VALOR TOTAL CON ADICIONES

\$ 38.524.266,00

PLAZO INICIAL

SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS

PRORROGA N° 1

Tiempo: DOS (2) MESES Y CERO (0)DÍAS

De Fecha: 15/10/2025.

PRORROGA N°

Tiempo: N.A.

De Fecha: N/A.

PLAZO TOTAL

NUEVE (9) MESES Y CERO (0)DÍAS

FECHA DE INICIACIÓN

01/04/2025

ACTA DE SUSPENSIÓN N°

De Fecha: N.A.

ACTA DE REINICIACIÓN N°

De Fecha: N.A.

FECHA DE TERMINACIÓN

31/10/2025

FECHA DE TERMINACIÓN REAL

31/12/2025

PERIODO AUTORIZADO A PAGAR

DEL 01-11-2025 AL 30-11-2025

RBPP N°

2024 00415 0384

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 3470 AÑO: 2025 , RPC No 9401 AÑO 2025

En las oficinas de SECRETARÍA DE SALUD se reunieron los señores, JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN Interventor / Supervisor y el señor LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS 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° 4632986791 del mes (es) NOVIEMBRE 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 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	\$ 38.524.266,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 4.280.474,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 29.963.318,00
Saldo por ejecutar	\$ 0,00	\$ 4.280.474,00
Sumas iguales	\$ 38.524.266,00	\$ 38.524.266,00

*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: 0349004720

BANCO: BBVA Colombia

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: 

Firma: 

Nombre: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN

Nombre: LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

CONTRATISTA

Radicado No. S-2025-003069-SECSAL

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

LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS
CONTRATISTA