

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

PERIODO REPORTE: DEL 01-12-2025 AL 31-12-2025

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 respuesta 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	Frente a esta actividad se brindó acompañamiento a las asistencias técnicas tanto con las DLS y ESE de manera virtual dando	X			No se realiza cronograma de actividades de

	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.	cumplimiento a la meta solicitada por el supervisor del contrato. 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.				asistencia técnica ya que se le realizó 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 01 de Diciembre 2025, Por solicitud del supervisor del contrato se realiza reunión interna. - El día 04 de Diciembre 2025, por solicitud del supervisor del contrato se realiza reunión interna. - EL día 10 de Diciembre 2025, por solicitud del supervisor del contrato se realiza reunión interna. - El día EL día 15 de Diciembre 2025, por solicitud del supervisor del contrato se realiza reunión interna.
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			Se realizó actividad de retroalimentación del sistema documental que se tiene del programa para dar avance al mismo; a su vez se realizaron 64 informes de los estados actuales de los municipios en las DLS y ESE. ESE- Municipios: Arcabuco, Berbeo, Beteitiva, Boavita, Campohermoso, Chinavita, Chita, Covarachia, Garagoa, Jericó, La uvita, Labranzagrande, Macanal, Pachavita, Páez, Pajarito, Paya, Paz del Rio, Pisba, Ráquira, Sáchica, San Eduardo, San mateo, Santa María, Sativanorte, Sativasur, Socha, Socotá Susacon, Tasco, Tipacoque, Zetaquita. DLS- Municipios: Arcabuco, Berbeo, Beteitiva,

						Boavita, Campohermoso, Chinavita, Chita, Covarachia, Garagoa, Jericó, La uvita, Labranzagrande, Macanal, Pachavita, Páez, Pajarito, Paya, Paz del Rio, Pisba, Ráquira, Sáchica, San Eduardo, San mateo , Santa María, Sativanorte, Sativasur, Socha, Socotá Susacon, Tasco, Tipacoque, Zetaquita.
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-2025-003194-SECSAL

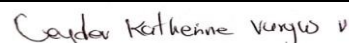
Firma: 
Nombre: LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS
CONTRATISTA

LEYDER KATHERINE
VARGAS VARGAS
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:		1015413808		NÚMERO PLANILLA:		4634730792		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS		DEPARTAMENTO:		BOYACA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		diciembre AÑO		2025					
CIUDAD/MUNICIPIO:		TUNJA		TELÉFONO:		7000000		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		CLLE 74 5-97		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995079093					
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:		PRIVADA																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO													

 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:	01/12/2025 AL / 31/12/2025
FECHA	ACTIVIDAD A REALIZAR	LUGAR	DURACIÓN ESTIMADA DE LA ACTIVIDAD	HORA ESTIMADA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD	TIPO DE VEHICULO A UTILIZAR
1/12/2025	REUNION INTERNA	TUNJA	6 HORAS	8:00 A.m	BUS
4/12/2025	REUNION INTERNA	TUNJA	6 HORAS	8:00 A.m	BUS
10/12/2025	REUNION INTERNA	TUNJA	6 HORAS	8:00 a. m.	BUS
15/12/2025	REUNION INTERNA	TUNJA	6 HORAS	8:00 a. m.	BUS
FIRMA DEL SUPERVISOR	NOMBRE: JOSE DAVID MUÑOZ BELTRAN			FIRMA	
					

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2025		
CONTRATO <u> X </u> CONVENIO <u> </u>	No. 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 <u> </u>	VALOR	\$ 8.560.948,00	
ADICIONAL N° <u> </u>	VALOR	\$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 38.524.266,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° 1 <u> </u>	Tiempo: DOS (2) MESES Y CERO (0)DÍAS	De Fecha: 15/10/2025	
PRORROGA N° <u> </u>	Tiempo: N.A	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	NUEVE (9) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	01/04/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° <u> </u>	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° <u>Error!</u>	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/10/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	31/12/2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 01-12-2025 AL 31-12-2025		
RBPP N° <u> </u>	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° **4634730792** del mes (es) **DICIEMBRE 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 o convenio	\$ 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	\$ 34.243.792,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
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 INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Nombre: LEYDER KATHERINE VARGAS VARGAS CONTRATISTA

Radicado No. **S-2025-003196-SECSAL**

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

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