

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

PERIODO REPORTE: Noviembre 30 de 2025 a diciembre 27 de 2025

CONTRATO No. 310

REGISTRO BPyP No.: 2024 00415 0343

FECHA INICIACIÓN:30/01/2025

FECHA TERMINACIÓN: 27/12/2025


CONTRATISTA: JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZINTERVENTOR: LEIDY CAROLINA GARCIA MANOSALVA


OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA GESTIÓN DE CITOXBOY, FARMACOVIGILANCIA Y PROA

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			OBSERVACIONES
			T	P	N	
1	APOYAR EN EL DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL DEPARTAMENTO EN CUANTO AL MANEJO DE INTOXICACIONES Y ACCIDENTES OFÍDICOS, QUE PERMITA PROGRAMAR Y EJECUTAR 2 ASISTENCIAS TÉCNICAS, CON EL OBJETIVO DE SENSIBILIZAR, FORTALECER Y ACTUALIZAR LOS CONOCIMIENTOS PARA EL MANEJO EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD DE ESTOS EVENTOS, TENIENDO EN CUENTA LO CONTEMPLADO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS REGISTROS QUE PERMITAN REALIZAR LA VERIFICACIÓN.	<p>MEDIANTE LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS ASESORÍAS REALIZADAS SE ELABORAN ESTADÍSTICAS QUE APROXIMAN A LA SITUACIÓN ACTUAL DEL DEPARTAMENTO EN CUANTO A INTOXICACIONES Y ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS</p> <p>ASISTENCIA TÉCNICA SOBRE ACCIDENTE OFÍDICO PARA EL MUNICIPIO DE PUERTO BOYACÁ EL 11 DE DICIEMBRE DE 2025</p> <p>ASISTENCIA TÉCNICA ACCIDENTE OFÍDICO EN EL CONSEJO PROVINCIAL A LOS MUNICIPIOS DE LAS PROVINCIAS NORTE Y GUTIERREZ DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ EL DÍA 11 DICIEMBRE DE 2025 VIRTUAL</p> <p>ASISTENCIA TÉCNICA ACCIDENTE OFÍDICO EN EL CONSEJO PROVINCIAL A LOS MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA RICAURTE DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ EL DÍA 12 DE DICIEMBRE DE 2025 VIRTUAL</p> <p>ASISTENCIA TÉCNICA ACCIDENTE OFÍDICO EN EL CONSEJO PROVINCIAL A LOS MUNICIPIOS DE LAS PROVINCIAS TUNDAMA Y VALDERRAMA DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ EL DÍA 16 DE DICIEMBRE DE 2025 VIRTUAL</p>	X			<p>SE RECIBE INFOME POR CORREO ELECTRÓNICO CON LA INFORMACION RECOLECTADA DURANTE EL PERIODO CON LAS ESTADÍSTICAS DIFERENCIALES ACUMULADAS</p> <p>SE RECIBEN PRESENTACIONES Y LISTADOS DE ASISTENCIA</p>

2	APOYAR AL TALENTO HUMANO EN SALUD DEL DEPARTAMENTO A TRAVÉS DE LA MODALIDAD DE TELEEXPERTICIA, ATENDIENDO EL 100 % DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA LÍNEA CITOXYBOY, TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DE EVENTOS EN OCURRENCIA CON USO, MANEJO CONSUMO DE SUSTANCIAS POTENCIALMENTE TÓXICAS, EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	EN CUMPLIMIENTO ASISTENCIA TÉCNICA 24 HORAS POR 7 DÍAS A LA SEMANA CUMPLIMIENTO CON ASESORÍAS AL 100% DE LOS CASOS NOTIFICADOS EN EL PERIODO EN EL PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025 EN TOTAL 520 ASESORÍAS, ASISTENCIAS REALIZADAS DE ACUERDO NORMATIVIDAD VIGENTE DE TELEEXPERTICIA SE LLEVA REGISTRO EN HOJA DE EXCEL, CON PROYECCIÓN DE 568 ASESORÍAS PARA EL TOTAL DEL AÑO 2025	X			SE RECIBE INFORME CON LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS REALIZADAS A DURANTE EL 2025, POR CORREO ELECTRÓNICO.
3	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS DIRECTRICES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Y OTRAS INSTITUCIONES NACIONALES E INTERNACIONALES QUE PERMITAN MANTENER ACTUALIZADOS LA DOCUMENTACIÓN PROPIA DEL PROGRAMA, PARA EL MANEJO DE EVENTOS EN OCURRENCIA CON USO, MANEJO CONSUMO DE SUSTANCIAS POTENCIALMENTE TÓXICAS	DE ACUERDO A LINEAMIENTOS SE REALIZAN ASISTENCIAS TÉCNICAS TELEFÓNICAS AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ.	X			SE VERIFICA MEDIANTE INFORME, Y REGISTRO DE ASISTENCIAS TÉCNICAS REALIZADAS A DICIEMBRE DE 2025, RECIBIDO POR CORREO ELECTRÓNICO.
4	APOYAR LOS PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS, FARMACOVIGILANCIA Y EL FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES MEDIANTE LA EMISIÓN DE CONCEPTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS EN EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS, SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL Y EN LA ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES, DE ACUERDO CON LA DEMANDA DE DICHS REQUERIMIENTOS.	SE REALIZA ANÁLISIS CASO DE SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA A BUPIVACAÍNA EN CASO DE MORTALIDAD MATERNA	X			SE VERIFICA PARTICIPACIÓN EN UNIDAD DE ANÁLISIS DEL CASO
5	EMITIR CONCEPTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS EN LAS UNIDADES DE ANÁLISIS DE CASOS DE RELACIONADOS CON ACCIDENTES OFÍDICOS, INTOXICACIONES, EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTROS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ, CON EL FIN DE FACILITAR LA TOMA OPORTUNA DE DECISIONES Y LA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA	ANÁLISIS CASO MORTALIDAD MATERNA, PRESUNTA RAM CON BUPIVACAÍNA	X			SE VERIFICA PARTICIPACIÓN EN ANÁLISIS DE RAM
6	PARTICIPAR EN LOS COMITÉS Y REUNIONES CONVOCADAS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS DE ORDEN DEPARTAMENTAL, NACIONAL Y MUNICIPAL, SEGÚN SEA REQUERIDO, CON EL PROPÓSITO DE EMITIR CONCEPTOS TÉCNICOS, ASÍ COMO BRINDAR APOYO Y ASISTENCIA TÉCNICA EN LA PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS DE ENVENENAMIENTOS POR ANIMALES PONZOÑOSOS, INTOXICACIONES, FARMACOVIGILANCIA Y EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS Y SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL.	SE REALIZA ANÁLISIS CASO DE ERROR EN MEDICACIÓN FORMULACIÓN DE MORFINA CON POSOLOGÍA DE 30 ML POR DOSIS, SE CONSIDERA ERROR POR SOBREDOSIFICACIÓN CON RIESGO DE TOXICIDAD DE MORFINA	X			SE RECIBE ANÁLISIS DEL CASO POR CORREO ELECTRÓNICO
7	ASISTIR A LOS COMITÉS Y UNIDADES DE ANÁLISIS PROGRAMADOS POR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON EL FIN DE EMITIR CONCEPTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS RELACIONADOS CON REACCIONES ADVERSAS, FALLOS TERAPÉUTICOS, ERRORES DE MEDICACIÓN, EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN, PROBLEMAS RELACIONADOS CON	ASISTENCIA A COMITÉ DEPARTAMENTAL PDFV EL DÍA VIERNES 19 DE DICIEMBRE DE 2025	X			SE VERIFICA PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ DEPARTAMENTAL REALIZADOS EL 19 DE DICIEMBRE DE 2025

	MEDICAMENTOS Y ERRORES PROGRAMÁTICOS					
8	PARTICIPAR Y APOYAR EN LA ELABORACIÓN Y EMISIÓN OPORTUNA DE MATERIAL INFORMATIVO Y DIVULGATIVO RELACIONADO CON FARMACOVIGILANCIA, EL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS, INTOXICACIONES, Y CONTROL DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, CON ENFOQUE EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD. ASIMISMO, CONTRIBUIR EN LA PREPARACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS, COMUNICADOS Y DEMÁS PRODUCTOS ASIGNADOS A LA OFICINA DE CONTROL DE MEDICAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.	PUBLICACIONES EN REDES SOCIALES SOBRE TEMAS RELACIONADOS CON TOXICOLOGÍA CLÍNICA	X			SE VERIFICAN PUBLICACIONES
9	APOYAR LA COMUNICACIÓN CON EL TALENTO HUMANO EN SALUD ENCARGADO DE LA PRESCRIPCIÓN, CON EL FIN DE REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL CONSUMO ADECUADO Y RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	SE REALIZAN DURANTE LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS RECOMENDACIONES PERTINENTES SOBRE USO SEGURO Y RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y DEMÁS RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD	X			REGISTRO ELECTRÓNICO EN EXCEL COMO EVIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.
10	GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LOS REGISTROS ELECTRÓNICOS Y FÍSICOS A SU CARGO, PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO, TENIENDO EN CUENTA LO DOCUMENTADO EN LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL Y DEMÁS NORMATIVIDAD QUE APLIQUE	SE LLEVA REGISTRO ELECTRÓNICO EN EXCEL DE LOS DATOS SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SE ALMACENA EN DRIVE FOTOGRAFÍAS PERTINENTES A LOS CASOS, DOCUMENTOS RELACIONADOS Y GRABACIONES DE CADA UNA DE LAS ASISTENCIAS	X			REGISTRO ELECTRÓNICO EN EXCEL DE LOS DATOS SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ASÍ COMO EVIDENCIAS FOTOGRAFÍAS, DOCUMENTALES Y GRABACIONES DE CADA UNA DE LAS ASISTENCIAS EN DRIVE

Firma:  16-12-2025
 Nombre: LEIDY CAROLINA GARCIA MANOSALVA
 INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 
 Nombre: JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ
 CONTRATISTA

Radicado No. **S-2025-030348-SALDPP**

**JAIME FERNANDO LA
 ROTA HERNANDEZ
 CONTRATISTA**

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-05, 12:20:26 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79791793
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	82158926
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1983792491
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	\$ 726.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	\$ 393.600	\$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 307.500	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 25.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 726.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 726.800



PAGADO 05/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ		
Documento	CC79791793	Dirección	CL 187BIS #20 A - 65 APARTAMENTO 112
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3006036661
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total												
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IG	UM	UAC	UAP	UPT	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 79791793	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ	59	00																		0	30	30	30	0	(230901) SKANDIA	\$ 2.460.000	\$ 393.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 2.460.000	\$ 307.500	1,044	\$ 2.460.000	\$ 25.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 726.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.460.000	\$ 2.460.000	\$ 2.460.000	\$ 0	\$ 393.600	\$ 307.500	\$ 25.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 726.800	\$ 0	\$ 726.800

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-09, 10:38:28 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79791793
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	82158959
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1995153514
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	\$ 726.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	\$ 393.600	\$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 307.500	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 25.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 726.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 726.800



PAGADO 09/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE


Razón Social	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ		
Documento	CC79791793	Dirección	CL 187BIS #20 A - 65 APARTAMENTO 112
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3006036661
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SAN	IGL	UMC	AVP	ACF	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total			
CC 79791793	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ	59	00																0	30	30	30	0	(230901) SKANDIA	\$ 2.460.000	\$ 393.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 2.460.000	\$ 307.500	1,044	\$ 2.460.000	\$ 25.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 726.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.460.000	\$ 2.460.000	\$ 2.460.000	\$ 0	\$ 393.600	\$ 307.500	\$ 25.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 726.800	\$ 0	\$ 726.800

	FORMATO	VERSIÓN: 0
	ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN	
		FECHA: 24/Jul/2019

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE 2025		
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>	No. 310	DE FECHA: 28/01/2025	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA GESTIÓN DE CITOXBOY, FARMACOVIGILANCIA Y PROA		
CONTRATISTA	JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ	NIT: 79791793-2	
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	LEIDY CAROLINA GARCIA MANOSALVA	C.C: 79791793	
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO:	VALOR INICIAL:	\$ 49.090.624,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00	
ADICIONAL N° 1	VALOR	\$ 17.999.888,00	
ADICIONAL N°	VALOR	\$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		\$ 67.090.512,00	
PLAZO INICIAL	OCHO (8) MESES Y CERO (0) DÍAS		
PRORROGA N° 1	Tiempo: DOS (2) MESES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS		De Fecha: 24/09/2025
PRORROGA N°	Tiempo: NA	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	DIEZ (10) MESES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	30/01/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha:		
ACTA DE REINICIACIÓN N° Error!	De Fecha:		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/09/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	27/12/2025		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	Noviembre 30 de 2025 a diciembre 27 de 2025		
RBPP N°	2024 00415 0343		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 542 AÑO: 2025, RPC No. 8063 AÑO 2025.

En las oficinas de DESPACHO DEL GOBERNADOR se reunieron los señores, LEIDY CAROLINA GARCIA MANOSALVA Interventor / Supervisor y el señor JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ 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° 82158926, 82158959 del mes (es) NOVIEMBRE, DICIEMBRE 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	\$ 67.090.512,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 5.727.232,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 61.363.280,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	\$ 0,00	\$ 0,00
Sumas iguales	\$ 67.090.512,00	\$ 67.090.512,00

*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

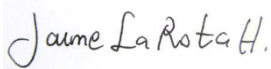
No. CUENTA: 102627858	BANCO: Banco de Bogotá	AHORROS: X	CORRIENTE:
-----------------------	------------------------	------------	------------

*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:

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

Firma:  16-12-2025
Nombre: LEIDY CAROLINA GARCIA MANOSALVA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: 
Nombre: JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ
CONTRATISTA

Radicado No. **S-2025-030350-SALDPP**

* 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.

JAIME FERNANDO LA ROTA HERNANDEZ
CONTRATISTA