

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

PERIODO REPORTE: DEL 01 DE MARZO DE 2026 AL 30 DE MARZO DE 2026

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.9215802/2108

REGISTRO BPyP No.: N/A

FECHA INICIACIÓN: 04/02/2026

FECHA TERMINACIÓN: 03/09/2026

CONTRATISTA: Angela Patricia Gaona BarrosINTERVENTOR: Juan Carlos Alfonso Cetina

<b>OBJETO DEL CONTRATO: GC1 - PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA DE HACIENDA - DESPACHO 1,07</b>
--

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 <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/ev_a/_curso-integridad">https://www.funcionpublica.gov.co/web/guest/ev_a/_curso-integridad</a> , y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución. De igual manera diligenciar el link <a href="https://sway.cloud.microsoft/CnOSei89GHALBsPj?ref=Link">https://sway.cloud.microsoft/CnOSei89GHALBsPj?ref=Link</a> , para la Inducción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de la Gobernación de Boyacá y repórtalo con soporte en la plataforma a través de documentos de ejecución.	Se Realizo el Curso de integridad (se encuentra publicado en Secop), se diligencio induccion del sistema de Gestion de seguridad y Salud en el trabajo (Se encuentra publicado en Secop).	X			
	Acompañar las actividades estratégicas que requiera el Despacho de la Secretaría de Hacienda.	Se apoyaron las gestiones administrativas solicitadas por el Despacho de la Secretaría de Hacienda.	X			
	Brindar apoyo profesional en las actividades asignadas por el Despacho de la Secretaría de Hacienda.	Se brindo apoyo profesional en las actividades asignadas por el Despacho de la Secretaría de Hacienda.	X			
	Atender los requerimientos formulados por el Despacho de la Secretaría de Hacienda, dentro del objeto contractual.	Se atendieron los requerimientos formulados por el Despacho de la Secretaría de Hacienda, dentro del objeto contractual.	X			
	Presentar los informes de las actividades desarrolladas cuando sean requeridos por el supervisor del contrato.	Se presentaron los informes de las actividades desarrolladas cuando sean requeridos por el supervisor del contrato.	X			

--	--	--	--	--	--	--

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Juan Carlos Alfonso Cetina  
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Radicado No. **S-2026-002010-HACDRF**

**ANGELA PATRICIA**

**GAONA BARROS**

CONTRATISTA

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Angela Patricia Gaona Barros  
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:	1049606527	NÚMERO PLANILLA:	<b>6009504400</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	ANGELA PATRICIA GAONA BARROS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CENTRO	TELÉFONO:	BOYACA	DÍAS DE MORA:	marzo AÑO 2026		2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	209157722
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:			001 - PAGO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	\$ 480.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 480.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 480.000</b>


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
EPS001	EPS001-ALIANSA S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 375.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 375.000	\$ 0	\$ 0	\$ 375.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 375.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 375.000</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.700	\$ 15.700	\$ 0	\$ 15.700	\$ 0	\$ 0	\$ 15.700
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 15.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 15.700</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 18.000	\$ 0	\$ 0	\$ 18.000							
<b>SUBTOTALES:</b>							<b>\$ 18.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 18.000</b>			

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE															
1	CC 1049606527	GAONA BARROS ANGELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 3.000.000				NO																230301-PORVENIR	30	3.000.000	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 480.000	EPS001-ALIANSA S.A	30	3.000.000	\$ 375.000	\$ 0	\$ 375.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	3.000.000	\$ 104960652	\$ 15.700	30	3.000.000	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 18.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																

**TOTAL PAGADO: \$ 888.700**

	<b>FORMATO</b>	<b>VERSIÓN: 0</b>
	<b>ACTA PARCIAL</b>	<b>CÓDIGO: A-AD-GC-F-042</b>
		<b>FECHA: 24/Jul/2019</b>

ACTA PARCIAL	2	
FECHA PRESENTE ACTA	15/04/2026	
CONTRATO <input checked="" type="checkbox"/> CONVENIO <input type="checkbox"/>	CO1.PCCNTR.9215802/2108	DE FECHA: 28/01/2026
OBJETO	GC1 - PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARIA DE HACIENDA - DESPACHO 1,07	
CONTRATISTA	Angela Patricia Gaona Barros	NIT:1049606527-0 C.C:1049606527
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	Juan Carlos Alfonso Cetina	C.C:7176312
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL:	\$ 31.279.500,00
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	\$ 0,00
	APORTE DE CONTRAPARTE:	\$ 0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
ADICIONAL N° _____	VALOR	\$0,00
VALOR TOTAL CON ADICIONES	\$ 31.279.500,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DIAS	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: .
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N/A.
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DIAS	
FECHA DE INICIACIÓN	04/02/2026	
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha:	
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha:	
FECHA DE TERMINACIÓN	03/09/2026	
FECHA DE TERMINACIÓN REAL		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	DEL 01 DE MARZO DE 2026 AL 30 DE MARZO DE 2023	
RBPP N° _____	N/A	

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2613 AÑO: 2026, RPC No \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_.

En las oficinas de SECRETARÍA DE HACIENDA se reunieron los señores, Juan Carlos Alfonso Cetina Interventor / Supervisor y el señor Angela Patricia Gaona Barros 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° 6009504400 del mes (es) MARZO 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	\$ 31.279.500,00	\$ 0,00
Amortización Anticipo	\$ 0,00	\$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	\$ 0,00	\$ 4.468.500,00
Valor Total actas pagadas	\$ 0,00	\$ 4.021.650,00
Saldo por ejecutar	\$ 0,00	\$ 22.789.350,00
<b>Sumas iguales</b>	\$ 31.279.500,00	\$ 31.279.500,00

\*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.

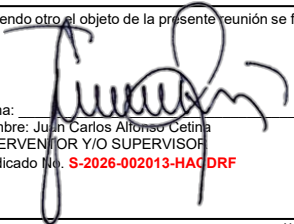
CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA


No. CUENTA: 176500058977	BANCO: Banco Davivienda 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: Juan Carlos Alfonso Cetina  
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR  
Radicado No. S-2026-002013-HACDRF

Firma:   
Nombre: Angela Patricia Gaona Barros  
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.

**ANGELA PATRICIA GAONA BARROS**  
CONTRATISTA