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

PERIODO REPORTE: 05 de Diciembre de 2020 a 31 de Diciembre 2020 CONTRATO No. 2846

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0006

FECHA INICIACIÓN: 05/08/2020 FECHA TERMINACIÓN: 31/12/2020

CONTRATISTA: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ INTERVENTOR: JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL PARA BRINDAR APOYO A LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ, EN LA ATENCIÓN, TRÁMITE Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA OFICINA DE GESTIÓN AL USUARIO EN SALUD, EN LA PARTE JURÍDICA

REPORTE DEL CONTRATISTA			**REPORTE DEL INTERVENTOR**			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Atender, tramitar y realizar seguimiento inmediato de los casos que se presenten en la Oficina de Gestion en Salud, por parte de usuarios en contra de EAPB que operan en el departamento de Boyacá	Se realiza atencion y seguimiento de 4 casos por correo de contingencia y 4 por quyne	X			Se cumplio con actividad los soportes se encuentran en archivo del programa quyne
2	Realizar requerimiento a las diferentes EAPB, por casos relacionados que se presenten en la Oficina de Gestion de Salud, por parte de usuarios en contra de EAPB	Se realiza atencion y seguimiento de 4 casos por correo de contingencia y 4 por quyne	X			Se cumplio con actividad los soportes se encuentran en archivo del programa quyne y en el correo institucional de contigencia
3	Dar respuesta a derechos de petición, quejas y reclamos que le sean asignados por la Direccion de Aseguramiento	Se realiza atencion y seguimeinto de casos	X			Se cumplio con actividad los soportes se encuentran en archivo del programa quyne y en el correo institucional de contigencia
4	Dar respuesta en términos, a los derechos de petición, quejas y reclamos que se eleven en contra de la Secretaria de Salud de Boyaca y que por su especificidad sean asignados a la parte contratante.	Se realiza atencion y seguimiento de 4 casos por correo de contingencia y 4 por quyne	X			Se cumplio con actividad los soportes se encuentran en archivo del programa quyne y en el correo institucional de contigencia
5	Dar respuesta en términos, a los requerimientos realizados a la Secretaria de Salud de Boyaca por parte de Autoridades Administrativas o Judiciales y que por su especificidad sean asignados a la parte contratante.	Se realiza atencion y seguimiento de 4 casos por correo de contingencia y 4 por quyne	X			Se cumplio con actividad los soportes se encuentran en archivo del programa quyne

6	Realizar seguimiento a los requerimientos administrativos o judiciales y, a los derechos de petición, quejas y reclamos a los que se le haya dado respuesta, verificando la trazabilidad a la solucion de fondo	Se realiza seguimiento a los casos enviados a la EAPB	X			Se cumplio con el seguimiento
7	Brindar asesoria y asistencia tecnico legal a la Direccion de Aseguramiento y/o al Despacho del Secretario de Salud y asistencia técnico legal a la Direccion de Aseguramiento y/o al Despacho del Secretario de Salud de Boyacá	Participacion en las reuniones programadas por la Direccion de Aseguramiento y por la IV	X			Se participo en las reuniones programadas
8	El contratista al finalziar el contraro deberá entregar al supervisor en medio magnetico y/o físico los archivos relacionados con la ejecucion del objeto contractual.	Se realiza el informe final conforme las indicaciones dadaspor el Interventor	X			Se cumple
9	Disponer de computador e internet para el desarrollo del objeto contractual	Se cuenta con equipo de Computo y acceso a internet para la ejecución de Actividades Contractuales.	X			Se cuenta con los equipos de computo necesarios para el desarrollo de las actividades.

Firma:
Nombre: JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ
CONTRATISTA

RADICADO No: S-2020-003878-SALDA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P:
Cumple parcialmente las actividades pactadas. N:
No cumplió las actividades pactadas.

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

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2020		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	No. 2846	DE FECHA: 05/08/2020	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL PARA BRINDAR APOYO A LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ, EN LA ATENCIÓN, TRÁMITE Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA OFICINA DE GESTIÓN AL USUARIO EN SALUD, EN LA PARTE JURÍDICA		
CONTRATISTA	RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ		NIT:40023559- 1
			C.C:40023559
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO		C.C:46680219
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 16.449.300,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 16.449.300,00	
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES Y VEINTISIETE (27)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	CUATRO (4) MESES Y VEINTISIETE (27)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	05/08/2020		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2020		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	N.A		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	05 de Diciembre de 2020 a 31 de Diciembre 2020		
RBPP N°	2020 00415 0006		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_5644_____ AÑO: __2020_____, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de__DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD___ se reunieron los señores, __JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO__ Interventor / Supervisor y el señor ___RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ__ 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, caracteristicas 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° 8610635676 del mes (es) diciembre de 2020 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 financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun 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	$ 16.449.300,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 3.021.300,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 13.428.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 16.449.300,00	$ 16.449.300,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- 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: 0550488412924224	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: ACTA FINAL

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

Firma:
Nombre: JULIANA DEL PILAR CORTAZAR MURILLO
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ
CONTRATISTA

Radicado No. S-2020-003879-SALDA

* 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

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2020-12
Período Salud : 2020-12

Se certifica que en la fecha 2020-12-15 la empresa RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ con documento de identificación CC 40023559 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante ROJAS GOMEZ RUTH AMANDA identificado con CC-40023559, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-40023559		RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8610635676	I	2020-12-15	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

PAGADO

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0** **CÓDIGO: GN-I06-F01**
CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		**FECHA: 04/10/2016**

Fecha: 16/12/2020	Secretaría: SECRETARÍA DE SALUD		Dependencia: DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
Nombre de Solicitante RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: rrojasromez1@hotmail.com
Nombre de Usuario RUTH AMANDA ROJAS GOMEZ	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: rrojasromez1@hotmail.com

ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		
No.	**Registro de Certificación**	**Estado**
1	Sistema: QUYNE ID Usuario RUTH.ROJAS Fecha:16/12/2020  Firma Responsable del Sistema Nombre: Will Yhonathan Amaya Medina	Documentos Pendientes:0



Firma Director de Sistemas

S-2020-003083-TICDSI