

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

PERIODO REPORTE: DEL 03 DE AGOSTO AL 02 DE Septiembre 2020

CONTRATO No. 2721

REGISTRO BPyP No.: 2019 00415 0390 A1

FECHA INICIACIÓN: 03/08/2020

FECHA TERMINACIÓN: 15/12/2020

CONTRATISTA: DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA

INTERVENTOR: RAFAEL LEONARDO ROJAS AZULA

**OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO BACHILLER AL SERVICIO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOYACÁ**

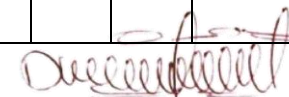
| REPORTE DEL CONTRATISTA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | REPORTE DEL INTERVENTOR               |   |   |                                                                          |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--------------------------------------------------------------------------|
| ITEM                    | ACTIVIDADES PACTADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES EJECUTADAS                             | VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES |   |   | OBSERVACIONES                                                            |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                    | T                                     | P | N |                                                                          |
| 1                       | Apoyar la recepción, revisión, clasificación y remisión de las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos que los ciudadanos presentan en la Secretaría de educación para dar trámite a las mismas de acuerdo a los procedimientos establecidos; diligenciamiento de los instrumentos técnicos diseñados para consignar la información de la dependencia | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA | X                                     |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO. |
| 2                       | Apoyar a la dirección administrativa en el seguimiento y control a las notificaciones y firma de documentos del área.                                                                                                                                                                                                                                    | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA | X                                     |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO. |
| 3                       | Apoyar operativamente a los diferentes grupos internos de trabajo, procurando una comunicación efectiva para lograr los objetivos de la Dirección Administrativa y Financiera                                                                                                                                                                            | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA |                                       |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO. |
| 4                       | Apoyar a la respuesta a los requerimientos propios del área Administrativa registrados en el SAC.                                                                                                                                                                                                                                                        | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA | X                                     |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO. |
| 5                       | Apoyar en el trámite de los actos administrativos cuando así lo solicite el supervisor. 6. Colaborar con el archivo de correspondencia de la Dependencia                                                                                                                                                                                                 | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA | X                                     |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO  |
| 6                       | Colaborar con el archivo de correspondencia de la Dependencia                                                                                                                                                                                                                                                                                            | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA | X                                     |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO  |
| 7                       | Las demás que sean asignadas por su supervisor de acuerdo con el área de desempeño y conlleven con el cumplimiento de los objetos propuestos por la Secretaria de Educación Departamental.                                                                                                                                                               | APOYA LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA DEPENDENCIA | X                                     |   |   | EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ES CONTINUO AL IGUAL QUE EL CUMPLIENTO. |



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

Nombre: RAFAEL LEONARDO ROJAS AZULA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR



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

Nombre: DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2020-000829-SECEDU

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                               |                           |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |  |  |  |                          |  |            |        |     |                      |                           |                  |     |        |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--------------------------|--|------------|--------|-----|----------------------|---------------------------|------------------|-----|--------|-----|------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CEDULA DE CIUDADANIA          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  | 1049610459                                        |  |  |  |  | NÚMERO PLANILLA:         |  | 4353274900 |        |     | TIPO DE PLANILLA:    |                           | I-INDEPENDIENTES |     |        |     |      |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA |                           |  | BOYACA                                            |  |  |  |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS |  | MES        | agosto | AÑO | 2020                 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |                  | MES | agosto | AÑO | 2020 |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | TUNJA                         | DEPARTAMENTO:             |  | BOYACA                                            |  |  |  |  | DÍAS DE MORA:            |  | 0          |        |     |                      |                           |                  |     |        |     |      |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CALLE                         | TELÉFONO:                 |  | 7450000                                           |  |  |  |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  | 2020/09/04 |        |     | NÚMERO AUTORIZACIÓN: |                           | 9991749942       |     |        |     |      |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE              | CLASE APORTANTE:          |  | I-INDEPENDIENTE                                   |  |  |  |  |                          |  |            |        |     |                      |                           |                  |     |        |     |      |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |  | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |  |  |  |  |                          |  |            |        |     |                      |                           |                  |     |        |     |      |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                         |                           |  |                                                   |  |  |  |  |                          |  |            |        |     |                      |                           |                  |     |        |     |      |
| 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 | VALOR PAGADO |
| 230301                  | 230301-PORVENIR |  |  | 1              | \$ 140.500 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 140.500 | \$ 0 | \$ 140.500   |
| SUBTOTALES:             |                 |  |  |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 140.500 | \$ 0 | \$ 140.500   |

| 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  | UPC  | COTIZACIÓN | UPC  | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |
| EPS017                | EPS017-FAMISANAR | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 109.800  | \$ 0 | \$ 0       | \$ 0 | \$ 109.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 109.800   |  |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |      |            |      | \$ 109.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 109.800   |  |

| 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  | \$ 4.600    | \$ 4.600 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 4.600     |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 4.600 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 4.600     |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                    |                                        |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |                     |          |            |            |                  |                        |             |                                 |                 |            |                          |     |            |            |                 |            |                                                          |          |            |                      |                 |          |      |      |      |        |      |                 |       |                 |                 |                 |                 |
|-------------------------------|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------------------|----------|------------|------------|------------------|------------------------|-------------|---------------------------------|-----------------|------------|--------------------------|-----|------------|------------|-----------------|------------|----------------------------------------------------------|----------|------------|----------------------|-----------------|----------|------|------|------|--------|------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                    |                                        |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |                     |          |            |            |                  |                        |             |                                 |                 |            | PARAFISCALES             |     |            |            |                 |            |                                                          |          |            |                      |                 |          |      |      |      |        |      |                 |       |                 |                 |                 |                 |
| Nº                            | IDENTIFICA<br>CIÓN | NOMBRES                                | TIPO<br>COTIZANTE                                              | SUBTIPO<br>COTIZANTE | SALARIO<br>BÁSICO | TIPO DE<br>SALARIO | COLOMBIANO<br>EXTRANJERO | REFORMA<br>TRIBUTARIA | ING | RET       | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE              | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN             |          |            |            | SEGURIDAD SOCIAL |                        |             |                                 | SALUD           |            |                          |     | ARP        |            |                 |            | IBC                                                      | CCF      |            |                      |                 |          | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |      |                 |       |                 |                 |                 |                 |
|                               |                    |                                        |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | ADMIN               | DÍAS COT | IBC        | COTIZACIÓN | FSP              | APORTES<br>VOLUNTARIOS |             | INDICADOR<br>TARIFA<br>ESPECIAL | TOTAL<br>APORTE | ADMIN      | DÍAS COT                 | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC     | TOTAL<br>APORTE | ADMIN      |                                                          | DÍAS COT | IBC        | CENTRO DE<br>TRABAJO | TOTAL<br>APORTE | DÍAS COT |      |      |      |        | IBC  | TOTAL<br>APORTE | ADMIN | TOTAL<br>APORTE | TOTAL<br>APORTE | TOTAL<br>APORTE | TOTAL<br>APORTE |
|                               |                    |                                        |                                                                |                      |                   |                    |                          |                       |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |                     |          |            |            |                  | SUBSISTENCIA           | SOLIDARIDAD |                                 |                 |            |                          |     |            |            |                 |            |                                                          |          |            |                      |                 |          |      |      |      |        |      |                 |       |                 |                 |                 |                 |
| 1                             | CC<br>1049610459   | SALCEDO<br>TRIANA<br>DIANA<br>CAROLINA | INDEPENDIE<br>NTE<br>CONTRATO<br>PRESTACION<br>DE<br>SERVICIOS |                      | \$ 877.803        |                    |                          | NO                    |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     | 230301-<br>PORVENIR | 30       | \$ 877.803 | \$ 140.500 | \$ 0             | \$ 0                   | \$ 0        | \$ 0                            | Normal          | \$ 140.500 | EPS017-<br>FAMISANA<br>R | 30  | \$ 877.803 | \$ 109.800 | \$ 0            | \$ 109.800 | 14-23-<br>POSITIVA<br>COMPAÑI<br>A DE<br>SEGUROS<br>S.A. | 30       | \$ 877.803 | 104961045            | \$ 4.600        |          | \$ 0 |      | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0 | \$ 0            | \$ 0  |                 |                 |                 |                 |

TOTAL \$ 254.900

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

|                                 |                                                                                                                                                              |                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| ACTA PARCIAL                    | 1                                                                                                                                                            |                                    |
| FECHA PRESENTE ACTA             | 2/09/2020                                                                                                                                                    |                                    |
| CONTRATO_X_ CONVENIO            | 2721                                                                                                                                                         | DE FECHA: 03/08/2020               |
| OBJETO                          | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO BACHILLER AL SERVICIO DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOYACÁ |                                    |
| CONTRATISTA                     | DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA                                                                                                                                | NIT:1049610459-3<br>C.C:1049610459 |
| INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR      | RAFAEL LEONARDO ROJAS AZULA                                                                                                                                  | C.C:7187793                        |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO : | VALOR INICIAL :                                                                                                                                              | \$ 8.529.729,00                    |
|                                 | APORTE DEL DEPARTAMENTO:                                                                                                                                     | \$ 0,00                            |
|                                 | APORTE DE CONTRAPARTE:                                                                                                                                       | \$ 0,00                            |
| ADICIONAL N°                    | VALOR                                                                                                                                                        | \$0.00                             |
| ADICIONAL N°                    | VALOR                                                                                                                                                        | \$0.00                             |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES       |                                                                                                                                                              | \$ 8.529.729,00                    |
| PLAZO INICIAL                   | CUATRO (4) MESES Y TRECE (13)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 TRECE (13)DÍAS                                                                                                                            |                                    |
| FECHA DE INICIACIÓN             | 03/08/2020                                                                                                                                                   |                                    |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N°           | De Fecha: N.A.                                                                                                                                               |                                    |
| ACTA DE REINICIACIÓN N°         | De Fecha: N.A.                                                                                                                                               |                                    |
| FECHA DE TERMINACIÓN            | 15/12/2020                                                                                                                                                   |                                    |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL       | N.A.                                                                                                                                                         |                                    |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR      | DEL 03 DE AGOSTO DE 2020 AL 02 DE SEPTIEMBRE DEL 2020                                                                                                        |                                    |
| RBPP N°                         | 2019 00415 0390 A1                                                                                                                                           |                                    |

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 5401 AÑO: 2020, RPC No: AÑO.

En las oficinas de OFICINA ASESORA GESTIÓN ESTRATÉGICA SECTOR EDUCACIÓN se reunieron los señores, RAFAEL LEONARDO ROJAS AZULA Interventor / Supervisor y el señor DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA 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° 4353274900 del mes (es) AGOSTO 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                | \$ 8.529.729,00 | \$ 0,00         |
| Amortización Anticipo             | \$ 0,00         | \$ 0,00         |
| Valor a pagar de la presente acta | \$ 0,00         | \$ 1.924.000,00 |
| Valor Total actas pagadas         | \$ 0,00         | \$ 0,00         |
| Saldo por ejecutar                | \$ 0,00         | \$ 6.605.729,00 |
| Sumas iguales                     | \$ 8.529.729,00 | \$ 8.529.729,00 |

\*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: 25888823266 | BANCO: Bancolombia S.A. | AHORROS:X | CORRIENTE: |
|-------------------------|-------------------------|-----------|------------|

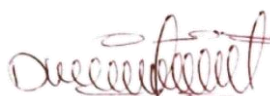
\*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las 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: RAFAEL LEONARDO ROJAS AZULA  
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR



Nombre: DIANA CAROLINA SALCEDO TRIANA  
CONTRATISTA

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

Radicado No. S-2020-000836-SECEDU

\* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE ANEXO:<br>LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)<br>ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE) ANEXO: INFORME COMPLETO<br>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 |