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

PERIODO REPORTE: 01 al 31 de octubre del 2020

CONTRATO No. 1821

REGISTRO BPyP No.: 2020 00415 0003

FECHA INICIACIÓN: 01/06/2020

FECHA TERMINACIÓN: 31/12/2020

CONTRATISTA: PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO

INTERVENTOR: NOHORA YANETH ZIPA CASAS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN INGENIERÍA SANITARIA CON DESPLAZAMIENTO PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DEL PLAN OPERATIVO EN SALUD, EN LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS DENTRO DEL PROYECTO DE "OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE 2020 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Apoyar las visitas a la micro-cuenca hidrográfica de fuentes de fuentes de abastecimiento de agua, como parte del trámite para la expedición de la autorización sanitaria o concepto previo al otorgamiento de la concesión de agua para consumo humano y domestico de sistemas de acueductos urbanos y rurales en los 123 municipios del departamento.	Durante el mes de octubre se realizaron las siguientes visitas a la microcuenca previas a la continuación del proceso de adjudicación de la autorización sanitaria. En el municipio de Almeida se realizaron dos visitas a los acueductos rurales vigilados, en el municipio de Chivor se realizaron dos visitas a los acueductos rurales vigilados y una visita a un acueducto probado que cursa el proceso de autorización sanitaria, en el municipio de Macanal se realizaron tres visitas a fuentes rurales que cursa el proceso de adjudicación de autorización sanitaria.	X			Se presentan los debidos soportes de la actividad como los son actas formatos e informes relacionados con el apoyo y la elaboración de los conceptos técnicos
2	Apoyar la elaboración del concepto técnico de sistemas de tratamiento que soliciten autorización sanitaria previa a la concesión de agua para consumo humano, y realizar certificación.	Se elaboraron los conceptos técnicos luego de realizar la evaluación y revisión de los siguientes expedientes 023-2018,157-2019, 114-2016 y 045 de 2019.	X			Se cuenta con soportes de registro y asistencia a las actividades mencionadas, así como la supervisión de las temáticas allí relacionadas
3	Apoyar las actividades de asesoría y asistencia técnica a alcaldías, empresas de servicios públicos y comunidad en general, en temas relacionados con calidad de agua	Durante la realización de la visita técnica ocular a la microcuenca de interés por el interesado en adquirir la autorización sanitaria se realiza	X			Se presentan los debidos soportes de la actividad como los son actas formatos e informes relacionados con el apoyo y la elaboración de los conceptos técnicos

	para consumo humano.	capacitación y asesoría técnica en preservación y cuidado del recurso hídrico, sistemas de tratamiento para potabilización de agua y buenas practicas sanitarias, en los municipios de Almeida, Chivor, Macanal, San Miguel de Sema.				
4	Apoyar las gestiones necesarias cuando se identifiquen factores de riesgo para la salud asociados al agua.	Se realizaron gestiones de asesoría y sensibilización a los interesados en adquirir la autorización sanitaria cuyas fuentes de abastecimiento tengan afectaciones de carácter antrópico que puedan afectar las características del agua cruda que pretende ser usada para consumo humano en los municipios de Almeida, Chivor, Macanal, San Miguel de Sema.	X			Se presentan los debidos soportes de la actividad como los son actas formatos e informes relacionados con el apoyo a la revisión de y evaluación de los sistemas de tratamiento presentados como requisito para la obtención de autorización sanitaria
5	Apoyar la revisión y evaluación de los proyectos sistemas de tratamiento presentados por los interesados, como requisito indispensable para obtener la autorización sanitaria de calidad de agua para consumo humano, como requisito previo para la obtención ante la autoridad ambiental de la concesión de agua.	Se realizó la revisión y evaluación de los diferentes proyectos de sistemas de tratamiento usados para tratar el agua, de las diferentes fuentes de abastecimiento que los interesados allegan como parte del proceso de adjudicación de autorización sanitaria de los siguientes expedientes: 023-2018,157-2019, 114-2016 y 045 de 2019	X			Se presentan los debidos soportes de la actividad como los son actas formatos e informes relacionados con el apoyo a la revisión de y evaluación de los sistemas de tratamiento presentados como requisito para la obtención de autorización sanitaria
6	Apoyar las capacitaciones que efectúe la Secretaría de Salud en temas relacionados con calidad del agua para consumo humano y lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua.	Se realizaron capacitaciones a los interesados en adquirir la autorización sanitaria cuyas fuentes de abastecimiento tengan afectaciones de carácter antrópico que puedan afectarlas características del agua cruda que pretende ser usada para consumo humano en los municipios de Almeida, Chivor, Macanal, San Miguel de Sema.	X			Se cuenta con soportes de registro y asistencia a las actividades mencionadas, así como la supervisión de las temáticas allí relacionadas
7	Pagar oportunamente el integra de seguridad social, aportando para cada pago la planilla tipo 1- TIPO cotizante independiente, dentro de los 5 días del mes siguiente.	El pago de los aportes obligatorios a salud pensión y ARL se realiza oportunamente teniendo en cuenta lo dispuesto en las obligaciones del contrato y la normatividad vigente.	X			Se realizo el pago oportuno y se verifica planilla pagada
8	Contar con equipo de cómputo y acceso a internet para la ejecución de las actividades programadas para el contratista.	Se cuenta con las herramientas y equipos necesarios para realizar las actividades pactadas en el presente contrato y se garantiza su	X			el profesional cuenta con el los equipos ofimaticos necesarios para realizar sus actividades

		operatividad.				
9	Las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a cada uno del lineamiento de los programas, los cuales serán parte integral del presente contrato.	Dentro de las demás actividades realizadas se ejecutaron actividades designadas con respecto a inspección vigilancia y control del acueducto urbano del municipio de San Miguel de Sema, y también se adelantó actividad relacionada con la redacción y elaboración de circulares relacionadas con la calidad del agua para consumo humano	X			Se presentan los debidos soportes de la actividad como los son actas formatos e informes relacionados con el apoyo y la elaboración de los conceptos técnicos

Firma:
Nombre: NOHORA YANETH ZIPA CASAS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO
CONTRATISTA

RADICADO No. S-2020-012163-SALDPP

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO**, identificada con **CC** número **7187556**, aportó por el empleado **MUÑOZ LOZANO PABLO CESAR** identificado(a) con **CC** número **7187556** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 10 - 2020 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
231001	Colfondos																0		30	$3,352,684	0.16000	$536,500	$0	$0	10/1/2020 12:00:00 AM	46631302	11/11/2020 12:00:00 AM	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS																0		30	$3,352,684	0.00522	$17,600	$0	$0	10/1/2020 12:00:00 AM	46631302	11/11/2020 12:00:00 AM	NO
EPS005	Sanitas EPS																0		30	$3,352,684	0.12500	$419,100	$0	$0	10/1/2020 12:00:00 AM	46631302	11/11/2020 12:00:00 AM	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **18** días del mes **Noviembre**de **2020**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7187556	PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO	manzana g casa 22 barrio san francisco	3204098256	p_c_munoz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	TUNJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
46631302	11/11/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	N		47195478	$64.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	64.100				64.100	0	0	64.100			641	64.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	64.100	64.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	64.100	64.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7187556	PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO		manzana g casa 22 barrio san francisco	3204098256	p_c_munoz@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	TUNJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
46631302	11/11/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	N		47195478	$64.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	7187556	MUÑOZ LOZANO PABLO CESAR	57	0			N																	231001	3.352.684	536.500	0	0	0	0	EPS005	3.352.684	419.100	14-23	3.352.684	3	81.700		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

ACTA PARCIAL	5		
FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2020		
CONTRATO X CONVENIO	1821	DE FECHA: 01/06/2020	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN INGENIERÍA SANITARIA CON DESPLAZAMIENTO PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DEL PLAN OPERATIVO EN SALUD, EN LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS DENTRO DEL PROYECTO DE "OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTORIDAD SANITARIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE 2020 EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ		
CONTRATISTA	PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO		NIT:7187556-1
			C.C:7187556
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	NOHORA YANETH ZIPA CASAS		C.C:40020184
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 28.198.800,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 28.198.800,00	
PLAZO INICIAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A.	
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES Y CERO (0)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	01/06/2020		
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	del 1 al 31 de octubre del 2020		
RBPP N°	2020 00415 0003		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 3802 AÑO: 2020, RPC No_____ AÑO_____.

En las oficinas de DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD se reunieron los señores, NOHORA YANETH ZIPA CASAS Interventor / Supervisor y el señor PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO 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° 46631302 - 47195478 del mes (es) octubre 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	$ 28.198.800,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 4.028.400,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 16.113.600,00
Saldo por ejecutar	$ 0,00	$ 8.056.800,00
Sumas iguales	$ 28.198.800,00	$ 28.198.800,00

**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: 701920360	BANCO: Banco Av Villas	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: NOHORA YANETH ZIPA CASAS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma:
Nombre: PABLO CESAR MUÑOZ LOZANO
CONTRATISTA

Radicado No. S-2020-012281-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.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación — Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor