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

FECHA PRESENTE ACTA	9/04/2026		
CONTRATO __x__CONVENIO _____	.CO1.PCCNTR.8467595/3503 DE 2025	DE FECHA:	18/10/2025
OBJETO	FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE ATENCIÓN Y ORIENTACION FAMILIAR EN LA INSTITUCIONALIDAD DEL DEPARTAENTO DE BOYACA		
CONTRATISTA	FUNDACION FAMILIA SALUDABLE INTEGRAL		NIT:900.742.569-7
	R.L EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL		C.C:1.049.627.471
INTERVENTOR __SUPERVISOR	INGRITH PAOLA NARVAEZ RIOS		C.C:1.049.615.496
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 120.900.000,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES	$ 120.900.000,00		
PLAZO INICIAL	DOS (02) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIONDEL ACTA DE INICIO.		
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo:	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	DOS (02) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIONDEL ACTA DE INICIO.		
FECHA DE INICIACIÓN	30/10/2025		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____1__	De Fecha: 26 DE DICIEMBRE DE 2025		
ACTA DE REINICIACIÓN N° ___1____	De Fecha: 23 DE FEBRERODE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN	29/12/2025		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	26/02/2026		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	30/10/2025 A 25/12/2025 Y DEL 23/02/2026 AL 26/02/2026		
RBPP N°	20250000002680 7		

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 9622 AÑO: 2025 , RPC No: _____ AÑO_____,

En las oficinas de la secretaria de integracion social se reunieron los señores, INGRITH PAOLA NARAVEZ RIOS Interventor / Supervisor, y el señor EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL 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° 7994624878 ,7995773745, 7999131462, 6011286135,6011728723 del mes de octubre, noviembre, diciembre de 2025 , enero, febrero de 2026 de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 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 financiacion (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	120.900.000,00	
Amortización Anticipo		
Valor a pagar de la presente acta		120.900.000,00
Valor Total actas pagadas		
Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento)		
Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique)		
Sumas iguales	120.900.000,00	120.900.000,00

**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:60600003470	BANCO:Bancolombia	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: INGRITH PAOLA NARVAEZ RIOS INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR Firma: _____ Nombre: FUNDACION FAMILIA SALUDABLE INTEGRAL RL EDGAR ESTEBAN ROJAS CONTRATISTA * 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 Contratacion Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Certificado Bancario

18 de Marzo de 2026

Señores:
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FUNDACION FAMILIA SALUDABLE IN identificado (a) con 900742569, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorros	60600003470	2023-10-03	Activa

***Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
f53964b071be7f14a9d137ab9f267b88b9f27fad4a65f7961137a1d06cf6ebec37dfa217ad1d67d5f8641f5da88c18e1

Número de Factura: FEFS-1
Fecha de Emisión: 27/04/2026
Fecha de Vencimiento: 27/04/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FUNDACION FAMILIA SALUDABLE INTEGRAL
Nombre Comercial: FUNDACION FAMILIA SALUDABLE INTEGRAL
Nit del Emisor: 900742569
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 9499

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: AV NORTE 51 35 BRR LA GRANJA
Teléfono / Móvil: 3214066129
Correo: familiasaludableintegral@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: GOBERNACION DE BOYACA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 891800498
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Boyacá
Municipio / Ciudad: Tunja
Dirección: CALLE 20 9 90
Teléfono / Móvil: 6087420150
Correo: tesoreia@boyaca.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	FA 5	4 TEXTOS GUIA PDF	NIU	1,00	$ 6.900.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 6.900.000,00
2	FA 4	CERTIFICACIONES CUDE S IRBO CABDI	NIU	1,00	$ 40.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 40.500.000,00
3	FA 3	PLATAFORMA Q 10	NIU	1,00	$ 18.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 18.000.000,00
4	FA 2	OPERARIOS DE EQUIPOS AUDIVISUALES Y PRODUC CION	NIU	1,00	$ 28.500.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 28.500.000,00
5	FA	DOCENTES	NIU	1,00	$ 27.000.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 27.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
27/04/2026 17:55:21
Documento validado por la DIAN:
27/04/2026 17:55:22
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	120900000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	120900000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	120900000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 120900000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	120.900.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	120.900.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	120.900.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$120.900.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764109002945 Rango desde: 1 Rango hasta: 10 Vigencia: 2027-04-27

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (PERSONA NATURAL)

Ciudad y Fecha: Tunja, 08 de Abril de 2026
Señores:
GOBERNACION DE BOYACA
Ciudad

Referencia: Convenio

Yo, **EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL** , identificado con cédula de ciudadanía No. 1.049.627.471 de Tunja, actuando en nombre propio, **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** (que se entiende prestado con la firma de este documento) en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y normas concordantes, lo siguiente:

1. Que me encuentro al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales - ARL).
2. Que me encuentro al día en el pago de los Aportes Parafiscales correspondientes a Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA, cuando a ello haya lugar.
3. Que he realizado dichos pagos de los últimos seis (6) meses anteriores a la presente fecha (o el tiempo de constitución si es menor).

Para constancia se firma a los 08 días del mes de Abril de 2026.

Atentamente,



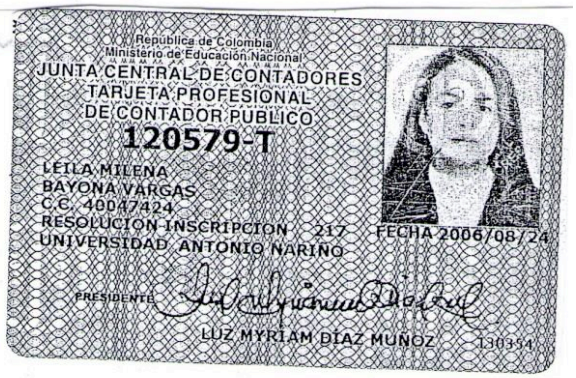
EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL
C.C.: 1.049.627.471 de Tunaj
Teléfono: 3107793847



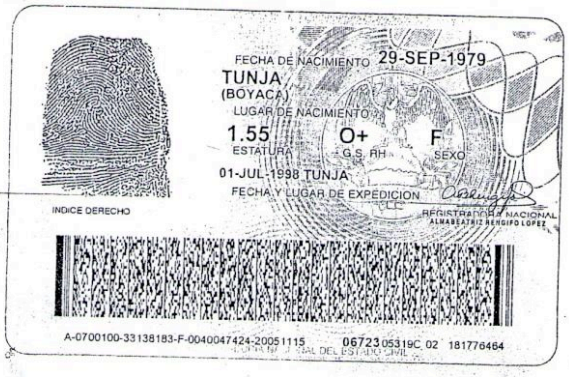
LEILA MILENA BAYONA VARGAS
CC No 40.047.424 de Tunja
TP 120579-T
Contadora Pública



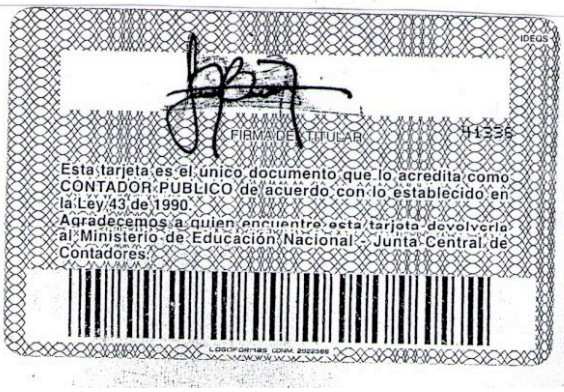
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.047.424
BAYONA VARGAS
APELLIDOS
LEILA MILENA
NOMBRES
FIRMA



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
120579-T
LEILA MILENA
BAYONA VARGAS
C.C. 40047424
RESOLUCION INSCRIPCION 217 FECHA 2006/08/24
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
PRESIDENTE
LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ 130354



FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-1979
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-JUL-1998 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADURIA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-0700100-33138183-F-0040047424-20051115 06723 05319C 02 181776484



IDEQS
FIRMA DEL TITULAR H1335
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

E8469CFABB5C5AA2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LEILA MILENA BAYONA VARGAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40047424 de TUNJA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 120579-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049627471
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	DIGANO38 #18-87	TELÉFONO:	7409575
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7994624878**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1940433108

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1049627471	ROJAS VILLAMIL EDGAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	104962747	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049627471
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	DIGANO38 #18-87	TELÉFONO:	7409575
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7995773745**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2003187616	

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP												
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049627471
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	DIGANO38 #18-87	TELÉFONO:	7409575
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7999131462**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2005304035

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 7.500
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD					ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1049627471	ROJAS VILLAMIL EDGAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	104962747	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 413.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049627471
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	DIGANO38 #18-87	TELÉFONO:	7409575
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6011286135**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		24			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		137146829

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 65.400	$ 1.100	$ 66.500
SUBTOTALES:										**$ 65.400**	**$ 1.100**	**$ 66.500**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 51.100	$ 0	$ 800	$ 0	$ 51.100	$ 800	$ 0	$ 51.900
SUBTOTALES:													**$ 51.100**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 51.900**

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	$ 2.200	$ 2.200	$ 100	$ 0	$ 2.300
SUBTOTALES:									**$ 2.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 2.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP										
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049627471	ROJAS VILLAMIL EDGAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	24																230201-PROTECCION	7	$ 408.545	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 65.400	EPS005-SANITAS S.A	7	$ 408.545	$ 51.100	$ 0	$ 51.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	7	$ 408.545	104962747	$ 2.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 120.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1049627471
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	DIGANO38 #18-87	TELÉFONO:	7409575
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6011728723**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		137256188	

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1049627471	ROJAS VILLAMIL EDGAR ESTEBAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	104962747	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE INFORME:

CONTRATO:	x	**CONVENIO:**	
INTERVENTORÍA:		**SUPERVISIÓN**	x
PARCIAL		**FINAL**	x

INFORME No:	1				FECHA:	09	de	**ABRIL**	de	**2026**		
PERIODO:	DEL	**30**	de	**octubre**	de	**2025**	AL	**25**	de	**diciembre**	de	**2025**
PERIODO:	DEL	**23**	de	**FEBRERO**	de	**2026**	AL	26	de	**FEBRERO**	de	**2026**

No. CONTRATO O CONVENIO	**CO1.PCCNTR.846 7595/3503 DE**	DE		FECHA:	**18**	de	**OCTUBRE**	de	**2025**

VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO	**$ 120.900.000,00**	RPC	**9622**
REGISTRO BP y P No.	**20250000002680 7**		
CONTRATISTA O ENTIDAD PARTE DEL CONVENIO	**FUNDACION FAMILIA SALUDABLE INTEGRALR.L EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL**		

OBJETO: FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES DE ATENCIÓN YORIENTACIÓN FAMILIAR EN LA INSTITUCIONALIDAD DELDEPARTAMENTO DE BOYACÁ

INFORMACION DEL CONTRATO O CONVENIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR	INGRITH PAOLA NARVAEZ RIOS
Teléfono:	Dirección:

FECHAS DE INICIO Y TERMINACIÓN	CONTRATO/CONVENIO dd	mm	aaaa
FECHA DE INICIACIÓN	30	10	2025
PLAZO INICIAL	DOS (02) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIONDEL ACTA DE INICIO.		
PLAZO CON ADICIONES			
FECHA DE TERMINACIÓN SEGÚN CONTRATO O CONVENIO INICIAL	29	12	2025
FECHA DE TERMINACIÓN REAL (Según prórrogas y suspensiones)	26	02	2026

INFORME ADMINISTRATIVO

RELACION DE ACTAS GENERADAS (Inicio, Parcial, Suspensión, reinicio, etc.)

CONTRATO O CONVENIO

DESCRIPCIÓN	FECHA (dd/mm/aaaa)			OBSERVACIÓN
ACTA DE INICIO	30	10	2025	
ACTA DE SUSPENSION	26	12	2025	
ACTA DE REINICIO	23	02	2026	
ACTA DE TERMINACION	26	02	2026	
ACTA DE RECIBO FINAL	09	04	2026	

ADICIONALES EN VALOR Y/O PLAZO

CONTRATO O CONVENIO

NUMERO DE ADICIONAL	FECHA ADICIONAL (dd/mm/aaaa)	VALOR	PLAZO
VALOR ADICIONALES Y PLAZO TOTAL		**$ 0,00**	

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO O CONVENIO

No.	CLAUSULA MODIFICADA	FECHA MODIFICATORIO (dd/mm/aaaa)	DESCRIPCIÓN MODIFICACIÓN

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1 CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

SEGUIMIENTO A OBLIGACIONES LEGALES Y ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO O CONVENIO

ACTIVIDADES PACTADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN			OBSERVACIONES Y SOPORTES (Cuando aplique)
		T	P	N	
1Concertar con el supervisor del contrato un cronograma de ejecución definiendo modos, tiempos y lugares de la prestación de cada uno de los servicios contratados. Este cronograma se fijará por escrito y se formalizará con la suscripción del acta de inicio	Se evidencia el cumplimiento integral de la obligación relacionada con la concertación del cronograma de ejecución, el cual fue definido conjuntamente , incorporando los parámetros para la adecuada prestación de los servicios. Este cronograma fue establecido por escrito y formalizado mediante la suscripción del acta de inicio, constituyéndose en el instrumento rector para el desarrollo de las actividades contractuales.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgAZwe-fVvYDS56cZwqzCCYEAaukcBm0k1z0vlD4xMRMlyg?e=TxQfwv
2Garantizar el cumplimiento a cabalidad de todas y cada una de las condiciones establecidas en el contrato, en la forma y tiempo pactados	Se cumplio con la actividad pactada	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgC6HdwCc7oYTIrWqGR_8UjhAcf5qSXIcVd0fcfTS05-8ng?e=GgAytA
3Atender las consultas y sugerencias que el supervisor realice respecto al cumplimiento del contrato.	Se atendieron las sugerencias realziadas por el supervisor de manera oportuna	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgB5l6tvACkORYoJzoMMDIVnAWDBLd6re3fl04xbyFkYFS8?e=wCR
4Dar estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas descritas en el numeral denominado ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL BIEN, OBRA O SERVICIO A CONTRATAR	Se evidencio el cumplimiento integral de las especificaciones técnicas definidas en el numeral "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL BIEN, OBRA O SERVICIO A CONTRATAR", mediante la ejecución de las actividades conforme a los estándares, condiciones y requerimientos establecidos, garantizando coherencia con el objeto contractual y la adecuada calidad en la prestación del servicio	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgCzzsgL3wOuSrNBuU02CnqAAf8KKeqUQ6VQG7f8dPZHwg0?e=IkfJ5Q
5Entregar a cada funcionario que haya cumplido con mas del 80% de asistencia el certificado de realización del programa en pdf con copia del supervisor de contrato	Verificado el cumplimiento mínimo del 80% de asistencia, se expidieron y remitieron los certificados en formato PDF a cada funcionario (participante), con copia a la supervisión para efectos de trazabilidad	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgAudNnP-L-pTr9ZaCFdHz8PARK9olgc0HXz0WODL6wRZbw?e=02IOa2
6 Presentar para aprobación del supervisor del contrato y de acuerdo al cronograma previamente establecido, la estructura de los programas de educación que deberán contener como mínimo los siguientes elementos:título, objetivos, descripción de la metodología, recurso de apoyo que complementan el estudio del curso (lecturas, glosario, videos, imágenes entre otros) descripción de las actividades de aprendizaje y tiempo estimado de dedicación del alumno en cada sesione	Se presentó para aprobación la estructura académica del programa, incluyendo: • Título • Objetivos • Metodología • Contenido por módulos (6 módulos) • Recursos (videos, lecturas, glosario) • Actividades • Intensidad horaria	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBJswHyn_tkTKqtotxrU32xAWhzN1OmKAyHI9XuFTg2CtA?e=eFygyF

7Presentar las hojas de vida de todo el recurso humano ofertado por el contratista para la verificación de requisitos y aprobación por parte del supervisor	Se presentaron oportunamente las hojas de vida del equipo profesional responsable del desarrollo del diplomado, junto con los soportes académicos y de experiencia correspondientes, para su verificación y aprobación por parte de la supervisión, conforme a lo establecido en el contrato.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgCiT3T136MWRJaezkZe9czkASFSj5BH5QgUbfpTzZmtwoY?e=tgHo7l
8 Realizar la coordinación académica, la supervisión de calidad de los programas requeridos y su seguimiento desde el ámbito educativo y administrativo	Durante el desarrollo del Diplomado en Consejería Familiar, Salud Mental y Primeros Auxilios Psicológicos se realizó seguimiento permanente al proceso académico de los participantes, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades formativas y el desarrollo adecuado de los contenidos programáticos. El programa estuvo estructurado en seis (6) módulos temáticos, dentro de los cuales los participantes desarrollaron los contenidos académicos, actividades pedagógicas y espacios de participación establecidos en la estructura programática del diplomado La evaluación fue realizada por el equipo académico del diplomado, como resultado de este proceso, se consolidó una calificación final, la cual permitió evidenciar el nivel de cumplimiento de los requisitos académicos establecidos dentro del diplomado.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgDgBjyb6PkBTaCVPXb6q829AX_BfNzgZSg2v2lsSGoWrP8?e=qENtge_
9Entregar por medio electrónico a los correos de los participantes en el programa el material didáctico, pedagógico y de formación	El material didáctico, pedagógico y de formación fue remitido por medio electrónico a los correos de los participantes del programa, garantizando su acceso a los contenidos académicos desarrollados en el marco de la capacitación.				https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBWJfWHbljWSZdg_lj46loOATezcw0kP21HBa2KzSSYMT8?e=EeSwXv
10 Reportar por escrito a la mayor brevedad posible al supervisor del contrato cualquier sugerencia que contribuya a la obtención de mejores resultados para la virtualización y puesta en marcha de la capacitación.	Durante la ejecución del diplomado se mantuvo comunicación permanente con la supervisión del contrato mediante el intercambio de información relacionada con el avance académico y administrativo del proceso de capacitación. No fue necesario emitir reportes extraordinarios, dado que la ejecución de las actividades se desarrolló conforme a lo programado.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgCoOg_uTN0vQJ8owGhxtzhhAR3jVU-Z4V9qxw4d0CbxD60?e=6cDuXT
11 Hacer seguimiento y control a los participantes de la capacitación	Se realizó un seguimiento exhaustivo a los participantes de la capacitación, con la finalidad de garantizar un proceso formativo íntegro y efectivo. Dicho seguimiento incluyó la verificación de asistencia, participación y cumplimiento de las actividades académicas programadas. Se realizó seguimiento exhaustivo mediante: • Verificación de asistencia • Llamadas telefónicas • Mensajes de texto • Acompañamiento en manejo de plataforma • Descripción del seguimiento por cada	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBqFnVeho6QRKpQJJp5ZlVjAUabcGLpwMGNh_strybhBAc?e=qh4qSY

12 Expedir y entregar las certificaciones a los participantes de la capacitacion que cumplan con más del 80% de asistencia según intensidad horaria y remitir copia en pdf o en físico al supervisor	Se expidieron certificaciones a la totalidad de los participantes inscritos, quienes cumplieron en un 100% con el requisito mínimo de asistencia y participación activa conforme a la intensidad horaria establecida en el contrato, evidenciando el adecuado desarrollo,seguimiento y acompañamiento académico. La entrega de las certificaciones se realizó en ceremonia de graduación organizada para tal efecto, como acto de cierre institucional del proceso formativo, y adicionalmente fueron remitidas vía correo electrónico a cada participante, enviando copia a la supervisión para efectos de control y trazabilidad documental.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBfRJ7KtJW3QY25F4EHVH5AAag8ikSMdJNXCr_-P4ypJGA?e=xEbi7R
13 Remitir los listados de asistencia y demás documentos generados en la ejecución del contrato en medio magnético	Se remitieron los documentos generados durante la ejecución contractual, garantizando su adecuada organización, trazabilidad y conservación digital. El material entregado incluye: • Listado general de asistencia con consolidado del porcentaje total de participación alcanzado por cada uno de los participantes. • Base de datos final de participantes, incluyendo nombre, cédula, cargo, correo electrónico y teléfono. • Certificaciones expedidas a la totalidad de los participantes, quienes cumplieron con el porcentaje mínimo de asistencia requerido. • Grabaciones de las sesiones académicas desarrolladas. • Material pedagógico empleado durante el diplomado. • Evidencias fotográficas de la ejecución del programa y de la ceremonia de	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgA4iEucto0RR5Y7UrzET0XMAVgmjOLGJC7ycb1n7QjRARk?e=Trx1kD
14 Ofrecer el servicio de atención a los participantes, durante la ejecución de la capacitación de manera que puedan informar cualquier situación que por motivos de fallas tecnológicas o novedades en las plataformas les impida cumplir con lo asignado	Se brindó atención permanente a los participantes durante la ejecución del diplomado, con elfin de atender oportunamente novedades de carácter técnico y académico que pudieran afectar el adecuado desarrollo del proceso formativo.Para tal fin, se mantuvo comunicación constante con los administradores y el equipo técnico de la plataforma Q10, con el propósito de gestionar ajustes en el funcionamiento del entorno virtual, optimizar el acceso a los contenidos y garantizar la continuidad del proceso académico.De igual manera, se realizó acompañamiento permanente a los participantes mediante comunicación periódica a través de llamadas telefónicas y mensajes de texto, orientados a brindar orientación sobre el uso de la plataforma, resolver inquietudes académicas y fortalecer la permanencia y participación activa en el diplomado.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBaIgv1euiVR7WgDt3x4CthAfQ4vI6WhtPzzIu5bdyOFpA?e=VGt0qZ_

15 El contratista una vez finalizada la capacitación debe entregar dentro de los diez días calendario siguientes, informe final que contenga:Consolidado con listado de participantes, señalando aquellos que cumplieron el porcentaje de participación y parámetros del curso. El listado debe contener nombre, cédula, cargo, correo, y teléfono. Recomendaciones y/o sugerencias sobre el desarrollo de los procesos de capacitación y aspectos a mejorar, grabaciones de las clase	En cumplimiento de lo establecido en el contrato, se presenta el consolidado del listado de participantes del Diplomado en Consejería Familiar, Salud Mental y Primeros Auxilios Psicológicos, evidenciando que la totalidad de participantes con el porcentaje de participación y los parámetros establecidos para la aprobación del curso.El listado incluye la información correspondiente a nombre completo, número de cédula, cargo, municipio, correo electrónico y número de teléfono de cada uno de los participantes que hicieron parte del proceso formativo.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBfVDxGVv2NSKx9eYQVWH0NAeIHo63aX6IhZaADQn6TD7s?e=FblFU3
16 Disponer lo necesario y cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, de acuerdo con todas y cada una de las obligaciones establecidas en el contrato, y cada una de especificaciones técnicas, y en la propuesta técnica presentada, garantizando la correcta ejecución del contrato.	La Fundación dispuso los recursos humanos, técnicos y administrativos necesarios para el cabal cumplimiento del objeto contractual. Se deja constancia de que el objeto contractual fue ejecutado en su totalidad.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgAFqu7fjtjsRJf0-SOjQhPeASpwEq747PeKfWny3jnRg0w?e=mEgaPZ_
17 Atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato sean impartidas por la supervisión del contrato y corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del mismo.	Se atendieron oportunamente las instrucciones y lineamientos impartidos por la supervisión durante la ejecución del contrato, manteniendo comunicación permanente y seguimiento a las orientaciones recibidas. No fue necesario realizar ajustes preventivos o correctivos, toda vez que las actividades se desarrollaron conforme a lo planificado y a las condiciones establecidas contractualmente.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBJxjbov6VuTJiSFklzDFbHAWwZ8xdWIRk9Tn3NYKyF9_Y?e=NAiFUK_
18Informar oportunamente al supervisor las novedades que puedan ocasionar demoras en la ejecución del contrato	Las novedades presentadas durante la ejecución del contrato fueron informadas oportunamente a la supervisión, manteniendo comunicación constante y trazabilidad documental del proceso. Particularmente, se informó y concertó de manera formal la necesidad de realizar la suspensión temporal del contrato, medida administrativa adoptada de mutuo acuerdo con el fin de garantizar las condiciones académicas necesarias para la culminación del proceso formativo por parte del 100% de los participantes, sin que dicha situación obedeciera a incumplimientos, sino a la gestión preventiva y de mejora continua del	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgDdGlHFGshCQpg1FsaXiacQATOWrrRmIr_Lx5Sl0fgf8pw?e=MklF6K_

19Presentar un informe final de la ejecución del contrato con las evidencias de las actividades ejecutadas para llegar al documento final.	Se presento el informe final de ejecución, dentro del término contractual	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgB5q8-8zwsAT7exK3lBtBbpAVfTlbNV_hLbryps25UbKmE?e=ia96pM
20 Constituir las garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá	Se evidencia el cumplimiento integral de la obligación relacionada con la constitución de las garantías contractuales, las cuales fueron expedidas conforme a los requisitos establecidos por el Departamento en términos de cobertura, vigencia y suficiencia, y aprobadas oportunamente por la entidad, garantizando el adecuado respaldo de la ejecución contractual.	x			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgDyIvjCiR6HRaUFJPkpkd-pAfN1f3LDWeG6ZSXhZPiJp6g?e=xlJ8TN

INFORME TÉCNICO

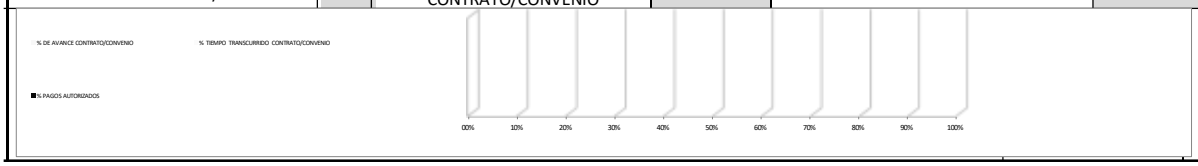
Ítem	Especificación técnica	Unidad de medida	Cantidad
1	Docentes (3 facilitadores) Profesionales en áreas psicosociales, con especialización o maestría en áreas afines y experiencia en orientación familiar y socioemocional	Hora	150
2	Operarios de equipos audiovisuales y producción (Dos operarios por 150 horas)	Hora	300
3	Plataforma Q10: Soporte virtual para las sesiones sincrónicas y asincrónicas con conectividad estable, alta disponibilidad y el acceso a herramientas pedagógicas que permiten gestionar contenidos, evaluaciones y seguimiento al avance académico. Esta plataforma garantiza la interacción fluida entre docentes y estudiantes, optimizando la calidad del proceso formativo; como también las dinámicas didácticas cuyas herramientas permiten el desarrollo de actividades para el logro de los objetivos del programa, tanto en tiempo real como las que sean necesarias de manera asincrónica, de acuerdo a disponibilidad del estudiante y docente respectivamente.	Unidad	1
	La plataforma además permite acceder a material especializado y textos guías en PDF.		
4	Costos de certificaciones (CUDES, IRBO, CADB)1. Certificación Nacional: Con registro ante el Ministerio de Educación Nacional (MEN), otorgada por la Universidad Minuto Dios de Cali 2. Certificación Internacional de IRBO: Filial de la Federación de Comunidades Terapéuticas (WFTC), habilitando para trabajar en Consejería Terapéutica Familiar en Estados Unidos. Esta certificación tiene el aval multilateral para ejercer la terapia familiar, no sólo en Colombia sino también en los estados miembros de la OEA como también en los Estados Unidos de Norte América respectivamente. 3. Certificación Internacional de CADB: Adscrita al Departamento de Estado y al Departamento de Educación de los Estados Unidos de Norte América, validando la aplicación de la Teoría de la Identidad para la Terapia Integrativa, en todos los escenarios y dimensiones donde operan los acuerdos internacionales de IRBO	Unidad	30

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 1
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-029
INFORME DE INTERVENTORÍA Y/O SUPERVISIÓN		FECHA: 26/Feb/2021

AVANCE DE EJECUCIÓN

CONTRATO O CONVENIO

% DE AVANCE CONTRATO/CONVENIO	100%	% TIEMPO TRANSCURRIDO CONTRATO/CONVENIO	100%	% PAGOS AUTORIZADOS	100%



DESCRIPCION DETALLADA DE LA EJECUCION, AVANCE Y ESTADO DEL CONTRATO Y/O CONVENIO CON ESPECIFICACION EN CUANTO A LAS

EJECUCION, AVANCE Y ESTADO

El contrato fue ejecutado a cabalidad, cumpliendo de manera satisfactoria con las obligaciones establecidas en los términos contractuales pactados.

SEGUIMIENTO FINANCIERO

CONTRATO O CONVENIO

CUENTA No.	60600003470	FIDUCIA No.:		BANCO:	Bancolombia
ENTIDAD BANCARIA O FIDUCIARIA:		Bancolombia			
NOMBRE DE CUENTA O FIDUCIA:					

DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	FECHA (dd/mm/aaaa)			VALOR
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCION	100%	09	04	2026	$ 120.900.000,00
TOTAL					**$ 120.900.000,00**

INFORME JURÍDICO

De conformidad con la supervision efectuada, se evidencia que el contrato presenta un avance de ejecución del 100%, en tanto se han desarrollado y cumplido en su totalidad las actividades y obligaciones establecidas en el objeto contractual

OBSERVACIONES:

INGRITH PAOLA NARVAEZ RIOS

NOTA: En los campos del formato, en los cuales no aplique el diligenciamiento debido al objeto del contrato o convenio colocar: **"No aplica o N.A."**

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

PERIODO REPORTE DEL 30/10/2025 A 25/12/2025 -DEL 23/02/2026 A 26/02/202

CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8467595/3503 DE 2025

REGISTRO BPyP No.: 20250000002680 7

FECHA INICIACIÓN_____ 30/10/25 FECHA TERMINACIÓN REAL 26/02/2026

CONTRATISTA:FUNDACION FAMILIA SALUDABLE INTEGRAL RL EDGAR ESTEBAN ROJAS VILLAMIL

INTERVENTOR: INGRITH PAOLA NARVAEZ RIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Concertar con el supervisor del contrato un cronograma de ejecución definiendo modos, tiempos y lugares de la prestación de cada uno de los servicios contratados. Este cronograma se fijará por escrito y se formalizará con la suscripción del acta de inici	Se evidencia el cumplimiento integral de la obligación relacionada con la concertación del cronograma de ejecución, el cual fue definido conjuntamente , incorporando los parámetros para la adecuada prestación de los servicios. Este cronograma fue establecido por escrito y formalizado mediante la suscripción del acta de inicio, constituyéndose en el instrumento rector para el desarrollo de las actividades contractuales.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgAZwe-fVvYDS56cZwqzCCYEAaukcBm0k1z0vlD4xMRMlyg?e=TxQfwv
2	Garantizar el cumplimiento a cabalidad de todas y cada una de las condiciones establecidas en el contrato, en la forma y tiempo pactados	Se cumplio con la actividad pactada	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgC6HdwCc7oYTIrWqGR_8UjhAcf5qSXIcVd0fcfTS05-8ng?e=GgAytA
3	Atender las consultas y sugerencias que el supervisor realice respecto al cumplimiento del contrato	Se atendieron las sugerencias realziadas por el supervisor de manera oportuna	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgB5l6tvACkORYoJzoMMDIVnAWDBLd6re3fl04xbyFkYFS8?e=wCRsVR
4	Dar estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas descritas en el numeral denominado ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL BIEN, OBRA O SERVICIO A CONTRATAR	Se evidencio el cumplimiento integral de las especificaciones técnicas definidas en el numeral "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL BIEN, OBRA O SERVICIO A CONTRATAR", mediante la ejecución de las actividades conforme a los estándares, condiciones y requerimientos establecidos, garantizando coherencia con el objeto contractual y la adecuada calidad en la prestación del servicio	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgCzzsgL3wOuSrNBuU02CnqAAf8KKeqUQ6VQG7f8dPZHwg0?e=lkfJ5Q
5	Entregar a cada funcionario que haya cumplido con mas del 80% de asistencia el certificado de realización del programa en pdf con copia del supervisor de contrato	Verificado el cumplimiento mínimo del 80% de asistencia, se expidieron y remitieron los certificados en formato PDF a cada funcionario (participante), con copia a la supervisión para efectos de trazabilidad	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgAudNnP-L-pTr9ZaCFdHz8PARK9olgc0HXz0WODL6wRZbw?e=02IOa2

6	Presentar para aprobación del supervisor del contrato y de acuerdo al cronograma previamente establecido, la estructura de los programas de educación que deberán contener como mínimo los siguientes elementos:título, objetivos, descripción de la metodología, recurso de apoyo que complementan el estudio del curso (lecturas, glosario, videos, imágenes entre otros) descripción de las actividades de aprendizaje y tiempo estimado de dedicación del alumno en cada sesion.	Se presentó para aprobación la estructura académica del programa, incluyendo: • Título • Objetivos • Metodología • Contenido por módulos (6 módulos) • Recursos (videos, lecturas, glosario) • Actividades • Intensidad horaria	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBJswHyn_tkTKqtotxrU32xAWhzN1OmKAyHI9XuFTg2CtA?e=eFygyF
7	Presentar las hojas de vida de todo el recurso humano ofertado por el contratista para la verificación de requisitos y aprobación por parte del supervisor	Se presentaron oportunamente las hojas de vida del equipo profesional responsable del desarrollo del diplomado, junto con los soportes académicos y de experiencia correspondientes, para su verificación y aprobación por parte de la supervisión, conforme a lo establecido en el contrato.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgCiT3T136MWRJaezkZe9czkASFSj5BH5QgUbfpTzZmtwoY?e=tgHo7I
8	Realizar la coordinación académica, la supervisión de calidad de los programas requeridos y su seguimiento desde el ámbito educativo y administrativo	Durante el desarrollo del Diplomado en Consejería Familiar, Salud Mental y Primeros Auxilios Psicológicos se realizó seguimiento permanente al proceso académico de los participantes, con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades formativas y el desarrollo adecuado de los contenidos programáticos. El programa estuvo estructurado en seis (6) módulos temáticos, dentro de los cuales los participantes desarrollaron los contenidos académicos, actividades pedagógicas y espacios de participación establecidos en la estructura programática del diplomado La evaluación fue realizada por el equipo académico del diplomado, como resultado de este proceso, se consolidó una calificación final, la cual permitió evidenciar el nivel de cumplimiento de los requisitos académicos establecidos dentro del diplomado.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgDgBjyb6PkBTaCVPXb6q829AX_BfNzgZSg2v2lsSGoWrP8?e=qENtge
9	Entregar por medio electrónico a los correos de los participantes en el programa el material didáctico, pedagógico y de formación	El material didáctico, pedagógico y de formación fue remitido por medio electrónico a los correos de los participantes del programa, garantizando su acceso a los contenidos académicos desarrollados en el marco de la capacitación.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBWJfWHbIjWSZdg_Ij46IoOATezcw0kP21HBa2KzSSYMT8?e=EeSwXv
10	Reportar por escrito a la mayor brevedad posible al supervisor del contrato cualquier sugerencia que contribuya a la obtención de mejores resultados para la virtualización y puesta en marcha de la capacitación.	Durante la ejecución del diplomado se mantuvo comunicación permanente con la supervisión del contrato mediante el intercambio de información relacionada con el avance académico y administrativo del proceso de capacitación. No fue necesario emitir reportes extraordinarios, dado que la ejecución de las actividades se desarrolló conforme a lo programado.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgCoOg_uTN0vQJ8owGhxtzhhAR3jVU-Z4V9qxw4d0CbxD60?e=6cDuXT

11	Hacer seguimiento y control a los participantes de la capacitación	Se realizó un seguimiento exhaustivo a los participantes de la capacitación, con la finalidad de garantizar un proceso formativo íntegro y efectivo. Dicho seguimiento incluyó la verificación de asistencia, participación y cumplimiento de las actividades académicas programadas. Se realizó seguimiento exhaustivo mediante: • Verificación de asistencia • Llamadas telefónicas • Mensajes de texto • Acompañamiento en manejo de plataforma • Descripción del seguimiento por cada módulo	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBqFnVeho6QRKpQJJp5ZlVjAUabcGLpwMGNh_strybhBAc?e=qh4qSY
12	Expedir y entregar las certificaciones a los participantes de la capacitacion que cumplan con más del 80% de asistencia según intensidad horaria y remitir copia en pdf o en físico al supervisor	Se expidieron certificaciones a la totalidad de los participantes inscritos, quienes cumplieron en un 100% con el requisito mínimo de asistencia y participación activa conforme a la intensidad horaria establecida en el contrato, evidenciando el adecuado desarrollo,seguimiento y acompañamiento académico. La entrega de las certificaciones se realizó en ceremonia de graduación organizada para tal efecto, como acto de cierre institucional del proceso formativo, y adicionalmente fueron remitidas vía correo electrónico a cada participante, enviando copia a la supervisión	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBfRJ7KtJW3QY25F4EHVH5AAag8ikSMdJNXCr_-P4ypJGA?e=xEbi7R
13	Remitir los listados de asistencia y demás documentos generados en la ejecución del contrato en medio magnético.	Se remitieron los documentos generados durante la ejecución contractual, garantizando su adecuada organización, trazabilidad y conservación digital. El material entregado incluye: • Listado general de asistencia con consolidado del porcentaje total de participación alcanzado por cada uno de los participantes. • Base de datos final de participantes, incluyendo nombre, cédula, cargo, correo electrónico y teléfono. • Certificaciones expedidas a la totalidad de los participantes, quienes cumplieron con el porcentaje mínimo de asistencia requerido. • Grabaciones de las sesiones académicas desarrolladas. • Material pedagógico empleado durante el diplomado. • Evidencias fotográficas de la ejecución del programa y de la ceremonia de graduación. • Soportes de comunicación electrónica relacionados con la ejecución del contrato. • Testimonios y mensajes de agradecimiento	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgA4iEucto0RR5Y7UrzET0XMAVgmjOLGJC7ycb1n7QjRARk?e=Trx1kD

14	Ofrecer el servicio de atención a los participantes, durante la ejecución de la capacitación de manera que puedan informar cualquier situación que por motivos de fallas tecnológicas o novedades en las plataformas les impida cumplir con lo asignado	Se brindó atención permanente a los participantes durante la ejecución del diplomado, con elfin de atender oportunamente novedades de carácter técnico y académico que pudieran afectar el adecuado desarrollo del proceso formativo.Para tal fin, se mantuvo comunicación constante con los administradores y el equipo técnico de la plataforma Q10, con el propósito de gestionar ajustes en el funcionamiento del entorno virtual, optimizar el acceso a los contenidos y garantizar la continuidad del proceso académico.De igual manera, se realizó acompañamiento permanente a los participantes mediante comunicación periódica a través de llamadas telefónicas y mensajes de texto, orientados a brindar orientación sobre el uso de la plataforma, resolver inquietudes	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBaIgv1euiVR7WgDt3x4CthAfQ4vI6WhtPzzIu5bdyOFpA?e=VGt0qZ
15	El contratista una vez finalizada la capacitación debe entregar dentro de los diez días calendario siguientes, informe final que contenga:Consolidado con listado de participantes, señalando aquellos que cumplieron el porcentaje de participación y parámetros del curso. El listado debe contener nombre, cédula, cargo, correo, y teléfono. Recomendaciones y/o sugerencias sobre el desarrollo de los procesos de capacitación y aspectos a mejorar, grabaciones de las clase	En cumplimiento de lo establecido en el contrato, se presenta el consolidado del listado de participantes del Diplomado en Consejería Familiar, Salud Mental y Primeros Auxilios, Psicológicos, evidenciando que la totalidad de participantes con el porcentaje de participación y los parámetros establecidos para la aprobación del curso.El listado incluye la información correspondiente a nombre completo, número de cédula, cargo, municipio, correo electrónico y número de teléfono de cada uno de los participantes que hicieron parte del proceso formativo.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBfVDxGVv2NSKx9eYQVWH0NAeIHo63aX6lhZaADQn6TD7s?e=FblFU3
16	Disponer lo necesario y cumplir a cabalidad con el objeto del contrato, de acuerdo con todas y cada una de las obligaciones establecidas en el contrato, y cada una de especificaciones técnicas, y en la propuesta técnica presentada, garantizando la correcta ejecución del	La Fundación dispuso los recursos humanos, técnicos y administrativos necesarios para el cabal cumplimiento del objeto contractual. Se deja constancia de que el objeto contractual fue ejecutado en su totalidad.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgAFqu7fjtjsRJf0-SOjQhPeASpwEq747PeKfWny3jnRg0w?e=mEgaPZ
17	Atender las instrucciones y lineamientos que durante el desarrollo del contrato sean impartidas por la supervisión del contrato y corregir de forma inmediata cualquier falla o error que se cometa en la ejecución del mismo.	Se atendieron oportunamente las instrucciones y lineamientos impartidos por la supervisión durante la ejecución del contrato, manteniendo comunicación permanente y seguimiento a las orientaciones recibidas. No fue necesario realizar ajustes preventivos o correctivos, toda vez que las actividades se desarrollaron conforme a lo planificado y a las condiciones establecidas contractualmente.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgBJxjbov6VuTJiSFkIzDFbHAWwZ8xdWIRk9Tn3NYKyF9_Y?e=NAiFUK
18	Informar oportunamente al supervisor las novedades que puedan ocasionar demoras en la ejecución del contrato	Las novedades presentadas durante la ejecución del contrato fueron informadas oportunamente a la supervisión, manteniendo comunicación constante y trazabilidad documental del proceso. Particularmente, se informó y concertó de manera formal la necesidad de realizar la suspensión temporal del contrato, medida administrativa adoptada de mutuo acuerdo con el fin de garantizar las condiciones académicas necesarias para la culminación del proceso formativo por parte del 100% de los participantes, sin que dicha situación obedeciera a incumplimientos, sino a la gestión preventiva	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgDdGlHFGshCQpg1FsaXiacQATOWrrRmIr_Lx5Sl0fgf8pw?e=MklF6K

19	Presentar un informe final de la ejecución del contrato con las evidencias de las actividades ejecutadas para llegar al documento final.	Se presento el informe final de ejecución, dentro del término contractual	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgB5q8-8zwsAT7exK3lBtBbpAVfTlbNV_hLbryps25UbKmE?e=ia96pM
20	Constituir las garantías contractuales exigidas por el Departamento de Boyacá	Se evidencia el cumplimiento integral de la obligación relacionada con la constitución de las garantías contractuales, las cuales fueron expedidas conforme a los requisitos establecidos por el Departamento en términos de cobertura, vigencia y suficiencia, y aprobadas oportunamente por la entidad, garantizando el adecuado respaldo de la ejecución contractual.	X			https://boyacagob-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/ingrith_narvaez_boyaca_gov_co/IgDyIvjCiR6HRaUFJPkpkd-pAfN1f3LDWeG6ZSXhZPiJp6g?e=xlJ8TN

Firma: _____
Nombre INGRITH PAOLA NARVAEZ RIOS
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: FUNDACION FAMILIA SALUDABLE R.L EDGAR ESTEBAN ROJAS
CONTRATISTA

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