1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contratista	***SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO***
Informe de Actividades Nº.	***6 de 6***
Período	*27/09/2021 AL 26/10/2021*
Número del Contrato	*240*
Objeto:	Prestación de servicios de Apoyo a la Gestión en la Subsecretaría de juventudes y participación ciudadana en el municipio de Santa Rosa de Cabal.
Plazo	*Inicial: 4 meses – Después de prórroga: 6 meses*
Valor Total del Contrato	*Inicial: $6.200.000– Después de adición: $ 9.300.000*
Valor del Periodo del Informe	$ 1.550.000
Fecha de Inicio	*27/04/2021*
Fecha de Terminación	26/10/2021
Plan, Programa o Proyecto	Fortalecimiento de los espacios de participación y políticas de juventud en el municipio de Santa Rosa De Cabal, Risaralda
Supervisor	**JHON EDUARD HERNANDEZ CARDENAS**
Secretaría	*Secretaria de desarrollo social (Sub. Secretaria de juventudes y participación ciudadana)*
ADICION	*$ 3.100.000*
PRORROGA	*2 meses*
TERMINACION FINAL	*26 OCTUBRE 2021*
DISPONIBILIDAD	*1-50-40-63-01-00855*
REGISTRO PRESUPUESTAL	*1-50-40-63-02-00863*
RUBRO	*A.F.14.3.3*

2. INFORMACIÓN TÉCNICA – DATOS GENERALES DE INTERVENCIÓN

CATEGORIA/GRUPO POBLACIONAL	RANGOS EDADES	N° PARTICIPANTES	GÉNERO	
			F	M
Jóvenes	14-28	149	73	76

Rangos de Edades: 0 – 5 años ( ), 6 – 12 años ( ), 13 – 17 años (29), 18 – 28 años (120), 29 – 60 años (0) y Mayores de 60 (0).

PERTENENCIA ÉTNICA						VULNERABILIDAD							
Afro		Indígenas		Mestizos		Discapacidad		Desplazados		Red Unidos		Damnificados	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
				73	76								

BENEFICIARIOS POR ZONA		INSTITUCIONES INTERVENIDAS		
URBANA	RURAL	URBANA	RURAL	TOTAL
114	35	6	2	8

BENEFICIARIOS POR ESTRATO					
-	0	1	2	3	OTROS
PLANEADA	100	100	100	100	
ATENDIDA	X	45	68	36	0

3. DESARROLLO DEL CONTRATO

ALCANCES	ACTIVIDADES	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
1. Apoyar como enlace juvenil entre la alcaldía municipal y los grupos juveniles del municipio.	-Acompañamiento a la actividad la ruta. -Reunión de la subsecretaría de juventud y participación ciudadana para planear las fiestas de Santa Rosa. -Acompañamiento a la alcaldía al barrio en los barrios unidos del sur. -Ayudando al grupo juvenil PJ en la planeación y decoración del jeepao. -Acompañamiento al Jeepao en el marco de las fiestas de las Araucarias. -Acompañamiento en el concierto del planchazo en el marco de las fiestas de las Araucarias. -Acompañamiento al desfile de la santarrosaneidad en el marco de las fiestas de las Araucarias. -Acompañamiento a la actividad fiestas en la vereda, en la Vereda Guacas. -Acompañamiento a la actividad Cabal Fest en el marco de las fiestas de las Araucarias.	**Registro fotográfico** **-Listado de asistencia.** **ANEXO 1**	
2. Colaborar en el fomento de la intervención de actores juveniles en los diferentes espacios de participación.	-Reunión virtual con el coordinador departamental y los coordinadores municipales del departamento.	**Registro fotográfico** **Listado de asistencia.** **ANEXO 2**	
3.Brindar apoyo en las campañas de promoción y prevención de derechos de factores protectores y de riesgo implementada.	-Reunión virtual del tercer comité de adolescencia.	**Registro fotográfico** **ANEXO 3**	
4. Brindar apoyo en el seguimiento al cronograma juvenil como el calendario electoral, eventos juveniles y demás actividades de participación que se realicen en el Municipio	-Reunión con el coordinador departamental de juventudes para escuchar las listas de los CMJ y brindar apoyo. -Reunión para planear la semana de la juventud.	**Registro fotográfico** **Listado de asistencia** **ANEXO 4**	

5. Acompañar la realización de un trabajo articulado con diferentes profesionales con el fin de crear nuevos líderes juveniles, estableciendo espacios de participación política.	-Presentación de la escuela de liderazgo por parte de Leidy Vergara y Guillermo Rico. -Asistencia clase del taller de liderazgo -Picnic con la representante a la cámara Maria José Pizarro hablando de la importancia de la participación política de los jóvenes, mujeres y minorías. -Asistencia a la sesión del taller de liderazgo.	**Registro fotográfico ANEXO 5**	
6. Apoyar la construcción y presentación de la política pública de juventudes ante el Concejo Municipal.	-Visitamos el colegio Nacional para escuchar las problemáticas, soluciones y propuestas de los jóvenes del municipio. -En la registraduría realizando el simulacro de los jurados de votación.	**Registro fotográfico ANEXO 6**	*Hasta el momento la política pública va en la fase de diagnóstico y su construcción*
7. Acompañar la Mesa Municipal de niños, niñas y adolescentes	-Realización video de la mesa municipal de niños, niñas y adolescentes.	**ANEXO 7**	

SIMON MATEO

SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO

CC. 1053821983

Contratista:

Jhon E. Hernández.

JHON EDUARD HERNANDEZ CARDENAS

Supervisor:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1053821983
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 NUMERO 44 63	TELÉFONO:	3958297
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7811797512			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	septiembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/10/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1182116713	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201-PROTECCION	1	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145,400	$ 0	$ 145,400
SUBTOTALES:										$ 145,400	$ 0	$ 145,400

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 113,600
SUBTOTALES:													$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 113,600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4,800	$ 4,800	$ 0	$ 0	$ 4,800
SUBTOTALES:									$ 4,800	$ 0	$ 0	$ 4,800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1,550,000	$ 908,526

PENSION	$ 145,364
SALUD	$ 113,566

	Nivel de Riesgo	Valor
ARL	0.522%	$ 4,743

$ 263,672
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

Hoover Hernández
FIRMA SUPERVISOR

SIMON MATEO
FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que **SI** ____ **NO** __X__ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco Falabella
Hablamos mirándote a los ojos

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1053821983
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 NUMERO 44 63	TELÉFONO:	3358297
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7814132090			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/10/29			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1182591761

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 126,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126,000	$ 0	$ 126,000
SUBTOTALES:										$ 126,000	$ 0	$ 126,000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 99,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99,500	$ 0	$ 0	$ 99,500
SUBTOTALES:													$ 99,500	$ 0	$ 0	$ 99,500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4,200	$ 4,200	$ 0	$ 0	$ 4,200
SUBTOTALES:									$ 4,200	$ 0	$ 0	$ 4,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Nº	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1053821983	GOMEZ GIRALDO SIMON MATEO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 909,526			NO		25															

Nº	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	V/ UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	25	$ 787,390	$ 126,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 126,000	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 787,390	$ 99,500	$ 0	$ 99,500	14-25-COLMENA	25	$ 787,390	1053821983	$ 4,200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 228.700

Planilla Pagada

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1,550,000	$ 908,526

PENSION	$ 126,000
SALUD	$ 98,500

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0.522%	$ 4,200

$ 228,700
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

Jon E. Hernández

FIRMA SUPERVISOR

SIMON MATEO

FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que **SI** ____ **NO** __X__ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.

