1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contratista	***SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO***
Informe de Actividades Nº.	***1 de 4***
Período	*1/02/2022 AL 28/02/2022*
Número del Contrato	*236*
Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTOR COMUNITARIO EN LA SUBSECRETARÍA DE JUVENTUDES Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO A LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE LA DEPENDENCIA.
Plazo	*4 meses*
Valor Total del Contrato	*$6.200.000*
Valor del Periodo del Informe	$ 1.550.000
Fecha de Inicio	*1/02/2022*
Fecha de Terminación	31/05/2022
Plan, Programa o Proyecto	Fortalecimiento de los espacios de participación y políticas de juventud en el municipio de Santa Rosa De Cabal, Risaralda
Supervisor	**DENYS GIOVANNY CRISTANCHO GARCIA**
Secretaría	*Secretaria de desarrollo social (Sub. Secretaria de juventudes y participación ciudadana)*
ADICION	*NA*
PRORROGA	*NA*
DISPONIBILIDAD	*1-50-40-63-01-00309*
REGISTRO PRESUPUESTAL	*1-50-40-63-02-00243*
RUBRO	*2.3.2.02.02.008*

	- Grabación video como votar a elecciones de senado, Cámara y Consulta		

5. Apoyar en la formación de líderes juveniles, como estrategia para la construcción de una cultura basada en la participación de la comunidad, que permita legitimar procesos de desarrollo local y construir sentido de pertenencia de los jóvenes en diferentes barrios de la ciudad.	- Acompañamiento a la Plataforma de juventudes en reunión para la reactivación y la creación de su reglamento interno. - Sesión del Consejo Municipal de juventudes donde se socializó temas de juventudes del municipio. -Reunión con los estudiantes de colegios para mirar la posibilidad de realizar el servicio social con los Gestores Comunitarios. - Sesión ordinaria del Consejo Municipal de Juventudes donde se debatió el plan de trabajo.	**Registro fotográfico** **Acta reunión** **Asistencia** **ANEXO 5**	
6. Apoyar la realización de convocatorias a comunidades y grupos focalizados de la secretaría de desarrollo social y la subsecretaría de juventudes y participación ciudadana	- Reunión con equipo de trabajo de la Subsecretaria de juventudes y participación ciudadana conociendo las actividades a realizar y las metas a cumplir. - Reunión con el equipo encargado de tema de juventudes para planeación y fechas de cronograma.	**Registro fotográfico** **Asistencia** **ANEXO 6**	

SIMON MATEO

SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
CC. 1053821983
Contratista:

DENYS GIOVANNY CRISTANCHO GARCIA

Supervisor:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	1053821903
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			SIMON MATEO GOMEZ GIRALDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCION:	CARRERA 11 NUMERO 44 63	TELÉFONO:	3058297
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo por
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7928258130	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero AÑO	2022
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1348572135

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 160,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160,000	$ 0	$ 160,000
SUBTOTALES:										$ 160,000	$ 0	$ 160,000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 125,000
SUBTOTALES:													$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 125,000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10,500	$ 10,500	$ 0	$ 0	$ 10,500
SUBTOTALES:									$ 10,500	$ 0	$ 0	$ 10,500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IVG	RET	TDE	TAE	TDP	TPP	COR	VSP	VST	SLN	CCM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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	
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																									ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1053821983	GOMEZ GIRALDO SIMON MATEO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1,000,000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1,000,000	$ 160,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 160,000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1,000,000	$ 125,000	$ 0	$ 125,000	14-25-COLMENA	30	$ 1,000,000	$ 105382198	$ 10,500	$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

TOTAL	$ 295,500

Planilla Pagada

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1.550.000	$ 1.000.000

PENSION	$ 160.000
SALUD	$ 125.000

	Nivel de Riesgo	Valor
ARL	1,044%	$ 10.440

$ 295.440
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.

JENNY

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.