INFORME DE ACTIVIDADES

MUNICIPIO DE YOPAL

INFORME DE ACTIVIDADES No.	3	FECHA INFORME	05 JUN 2023

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No DEL CONTRATO Y FECHA	1001.84.0346.2023 DE 14 de febrero 2023
VALOR DEL CONTRATO	QUINCE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($15'650.000)
CONTRATANTE	ALCALDIA DE YOPAL
CONTRATISTA	DEIBY PEREZ FERNANDEZ
No. DE IDENTIFICACION	47440825
PLAZO DE EJECUCION	NUEVE (9) MESES Y QUINCE (15) DÍAS
SUPERVISOR	ROCIO MOJICA TOSCANO –profesional UniversitarioCod219 Grado 4 (E) Según Decreto033de 2023
FECHA DE INICIO	2023-02-16
FECHA DE TERMINACIÓN	30 NOVIEMBRE DEL 2023
PERIODO DEL INFORME	16 ABRIL DEL 2023 AL 15 DE MAYO DE 2023
OBJETO DEL CONTRATO	DESARROLLAR ACTIVIDADES DE RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACION Y GENERACION DE COMUNICACIONES Y REPORTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA DEL MUNICIPIO DE YOPAL-CASANARE

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDAD No	EJECUCION	EVIDENCIAS
1 Realizar el registro, actualización, reporte y seguimiento de la información de la institución en las plataformas autorizadas por el MEN y bases de datos institucionales, cumpliendo con los procedimientos vigentes. Producto: una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA) con aplicativos del MEN y bases de datos institucionales actualizados durante el calendario escolar 2023.	Durante el periodo del 16 de ABRIL al 15 de MAYO realice las siguientes actividades. Preste mis servicios de apoyo realizando el reporte de ausentismo escolar de los estudiantes de sexto a once grado, y también se realizo el de docentes del colegio BRAULIO GONZALEZ sede. CAMPESTRE.	SE ANEXA EVIDENCIA FOTOGRAFICA Y CERTIFICACION DEL RECTOR
2. Atender de manera oportuna las solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución. Producto: Una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA) con solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas durante el calendario escolar 2023.	Durante el periodo del 16 de ABRIL al 15 de MAYO. Apoye en la organización del día del maestro donde hubieron diferentes eventos culturales y se les dio a cada profesor un recordatorio de parte de los estudiantes del COLEGIO BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE .	SE ANEXA EVIDENCIA FOTOGRAFICA Y CERTIFICACION DEL RECTOR

GCC
Certificate No
LAT - 0969

INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD No (colocar las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describir que actividades realizo para el cumplimiento de esa actividad)	EVIDENCIAS (relacionar el tipo de verificación y/o evidencias físicas que soporte esta actividad)
3. **Apoyar la generación de reportes de acuerdo a las necesidades de la institución educativa. Producto: Una (1) (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIALBRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA) con reportes generados de acuerdo con los requerimientos durante el calendario 2023.**	**Durante el periodo del 16 de ABRIL al 15 de MAYO** **Autorice las salidas de los estudiantes que se enferman o tienen alguna cita médica, llamando al acudiente para notificarles el estado del niño (a) para que los recojan, firmada por la coordinadora y el padre de familia.**	SE ANEXA EVIDENCIA FOTOGRAFICA Y CERTIFICACION DEL RECTOR
4. **Brindar apoyo en la atención de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto.: Comunidad de una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA) atendida oportunamente durante el calendario 2023.**	**4.** **Brindar apoyo en la atención de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto.: Comunidad de una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA) atendida oportunamente durante el calendario 2023.**	SE ANEXA EVIDENCIA FOTOGRAFICA Y CERTIFICACION DEL RECTOR

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
SALUD	**5248195784**	ABRIL	$145.000
PENSION	**5248195784**	ABRIL	$185.600
ARL	**5248195784**	ABRIL	$6.100

DECLARACIÓN : Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

OBSERVACIONES Y/O ANEXOS	
Nombre Contratista: DEIBY PEREZ FERNANDEZ **Identificación: 47440825**	**Firma:**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

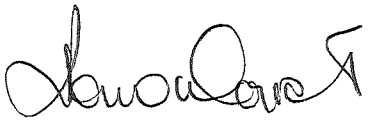
INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD No (describa las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	**EJECUCION** (describa sus acciones o actividades realizadas para el cumplimiento de esta actividad)	**EVIDENCIAS** (indicar el medio de verificación y su ubicación física o virtual que soporta esta actividad)

ROCIO MOJICA TOSCANO, identificado con la cédula de ciudadanía No. **52.340.946**], actuando en mi calidad de supervisor del Contrato descrito al inicio del presente documento, certifico que de acuerdo con las obligaciones pactadas en el contrato, el contratista ha cumplido con la ejecución de cada una de las actividades del contrato, tal y como se describe en el presente informe.

Así mismo certifico que el (la) contratista se encuentra al día con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de conformidad con la normatividad que rige la materia, tal y como se acredita en los soportes de liquidación de planilla y pago que se anexan para realizar el pago del acta parcial, No. **3** del contrato, los cuales han sido verificados por el suscrito.

Por lo tanto, se solicita a la Secretaria de Hacienda hacer el pago correspondiente al contratista.

Nota: Este campo aplica siempre y cuando exista un contrato de apoyo a la supervisión, de lo contrario no diligenciar **FIRMA**	 **FIRMA**
NOMBRE:	**NOMBRE: ROCIO MOJICA TOSCANO**
CARGO:	**CARGO: profesional UniversitarioCod219 Grado 4 (E) Según Decreto033de 2023**
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Certificate No
LAT - 0969

Yopal, 16 de Mayo de 2023

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

CERTIFICA:

Que, **DEIBY PEREZ FERNANDEZ,** identificada con Cédula No. 47.440..825 expedida en Yopal, contratada por el Municipio de Yopal según Contrato No. 1001.84.**0346**.2023, para DESARROLLAR ACTIVIDADES DE RECEPCION, REGISTRO, ACTUALIZACION Y GENERACION DE COMUNICACIONES Y REPORTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA DEL MUNICIPIO DE YOPAL-CASANARE, y durante el tiempo comprendido entre el DIECISEIS (16) de Abril al QUINCE (15) de Mayo de 2023 realizó las siguientes actividades:

1°. Realizar el registro, actualización, reporte y seguimiento de la información de la institución en las plataformas autorizadas por el MEN y bases de datos institucionales, cumpliendo con los procedimientos vigentes. Producto Una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ **SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA**) con aplicativos del MEN y bases de datos institucionales actualizados durante el calendario escolar 2023.

2°. Atender de manera oportuna las solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución. Producto: Una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA) con solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas durante el calendario escolar 2023.

3°. Apoyar la generación de reportes de acuerdo a las necesidades de la institución Educativa. . Producto Una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE **CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA**) con reportes generados de acuerdo a los requerimientos durante el calendario escolar 2023.

4°. Brindar apoyo en la atención de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto Una (1) sede (INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ SEDE **CAMPESTRE MODALIDAD TECNICA**) atendida oportunamente durante el calendario 2023.

JAIME RINCON SERRANO
Rector.

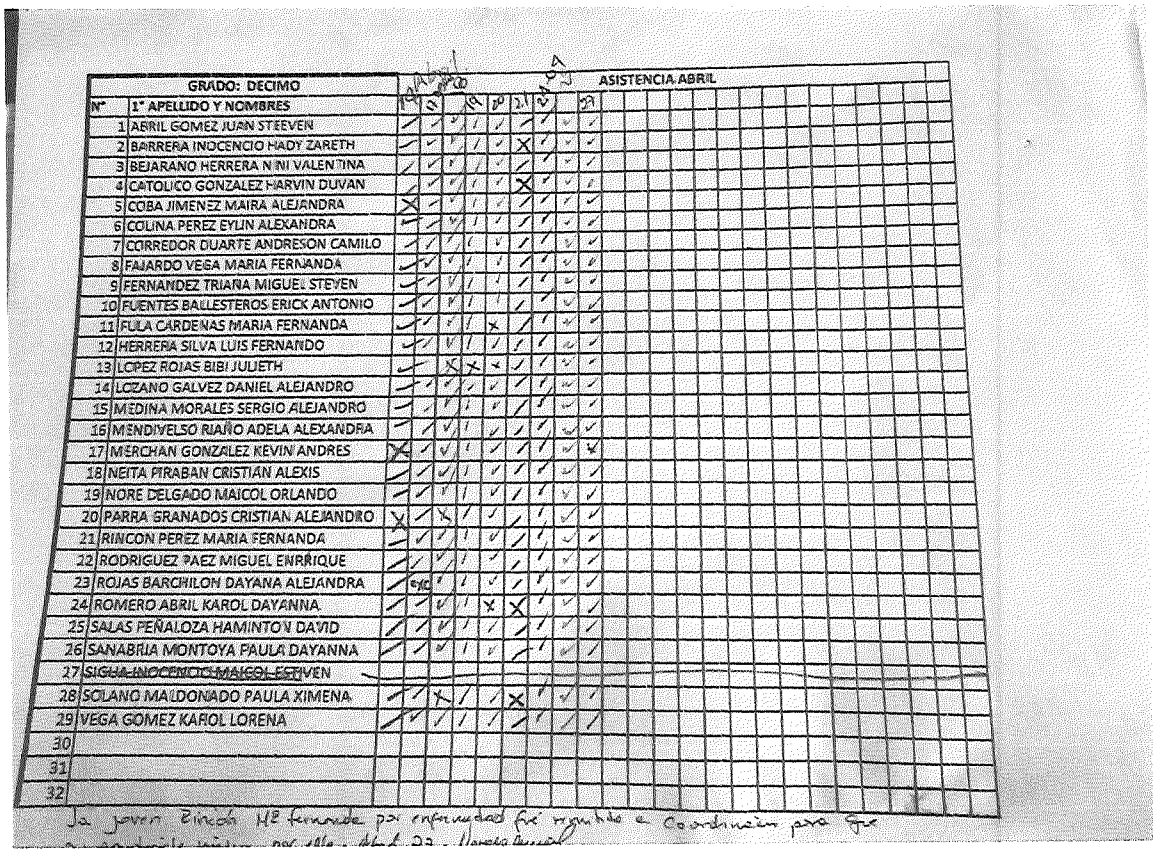
Eaboro: Ma. Victoria

GARANTIZAR LA PRESTACION DEL SERVICIO EDUCATIVO DE MANERA PRESENCIAL DURANTE EL CALENDARIO ACADEMICO MEDIANTE EL DESARROLLO DE ACCIONES INHERENTES AL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA OFICIAL BRAULIO GONZALEZ, SEDE CAMPESTRE. **1001.84.0346.2022**

REGISTRO FOTOGRAFICO DEL INFORME No 03 DEL 16 DE abril AL 15 DE mayo DEL 2023

ANEXOS

1. **SE REALIZO EL REPORTE DE AUSENTISMO TANTO DE ESTUDIANTES COMO DE PROFESORES DEL COLEGIO BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE DEL MES DE ABRIL Y MAYO**



ASISTENCIA ABRIL

GRADO: DECIMO									
N°	1° APELLIDO Y NOMBRES								
1	ABRIL GOMEZ JUAN STEEVEN								
2	BARRERA INOCENCIO HADY ZARETH								
3	BEJARANO HERRERA NINI VALENTINA								
4	CATOLICO GONZALEZ HARVIN DUVAN								
5	COBA JIMENEZ MAIRA ALEJANDRA								
6	COLINA PEREZ EYLIN ALEXANDRA								
7	CORREDOR DUARTE ANDRESON CAMILO								
8	FAJARDO VEGA MARIA FERNANDA								
9	FERNANDEZ TRIANA MIGUEL STEVEN								
10	FUENTES BALLESTEROS ERICK ANTONIO								
11	FULA CARDENAS MARIA FERNANDA								
12	HERRERA SILVA LUIS FERNANDO								
13	LOPEZ ROJAS BIBI JUDETH								
14	LOZANO GALVEZ DANIEL ALEJANDRO								
15	MEDINA MORALES SERGIO ALEJANDRO								
16	MENDIVELSO RIAÑO ADELA ALEXANDRA								
17	MERCHAN GONZALEZ KEVIN ANDRES								
18	NEITA PIRABAN CRISTIAN ALEXIS								
19	NORE DELGADO MAICOL ORLANDO								
20	PARRA GRANADOS CRISTIAN ALEJANDRO								
21	RINCON PEREZ MARIA FERNANDA								
22	RODRIGUEZ PAEZ MIGUEL ENRRIQUE								
23	ROJAS BARCHILON DAYANA ALEJANDRA								
24	ROMERO ABRIL KAROL DAYANNA								
25	SALAS PEÑALOZA HAMINTON DAVID								
26	SANABRIA MONTOYA PAULA DAYANNA								
27	~~SIGUA INOCENCIO MAICOL ESTIVEN~~								
28	SOLANO MALDONADO PAULA XIMENA								
29	VEGA GOMEZ KAROL LORENA								
30									
31									
32									

La joven Rincón HE fue remitida por enfermedad fue reportada a Coordinación para que

INSTITUCION EDUCATIVA
BRAULIO GONZALEZ SEDE CAMPESTRE
Registro Dane 185001 000268
Resolución N° 1701 del

Yopal, 2 de Mayo del 2023

Licenciado
Jaime Rincon Serrano
Rector I.E Braulio Gonzalez

ASUNTO: REPORTE AUSENTISMO DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO SEDE CAMPESTRE

A continuación reporto docentes y personal administrativo que se ausentaron en sus labores durante el mes de Mayo del 2023.

No	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA	MOTIVO
1	Sonia Pineda	14	Permiso
2	María Vilma Silva	11	Reporta estar enferma
3	Gloria Barrera	11 y 26	Permiso
4	German Chaparro	11	Reporta estar enfermo
5	Marleny Medrano	17 de Abril / 16 Junio	Licencia no remunerada
6	Alfonso Torres	19, 20	Permiso
7	Lilia Rosas	20,21	Permiso sindical
8	Asdrúbal Gutiérrez	20, 21	Permiso sindical
9	Claudia Pedroza	20,21	Permiso sindical
10	Deybi Pérez	20	Reporta estar enferma
11	Nubia Acevedo	21	Permiso
11	Sandra Ibarra	28	Permiso

Atentamente

Sandra Leonor Ibarra Angarita
Coordinadora

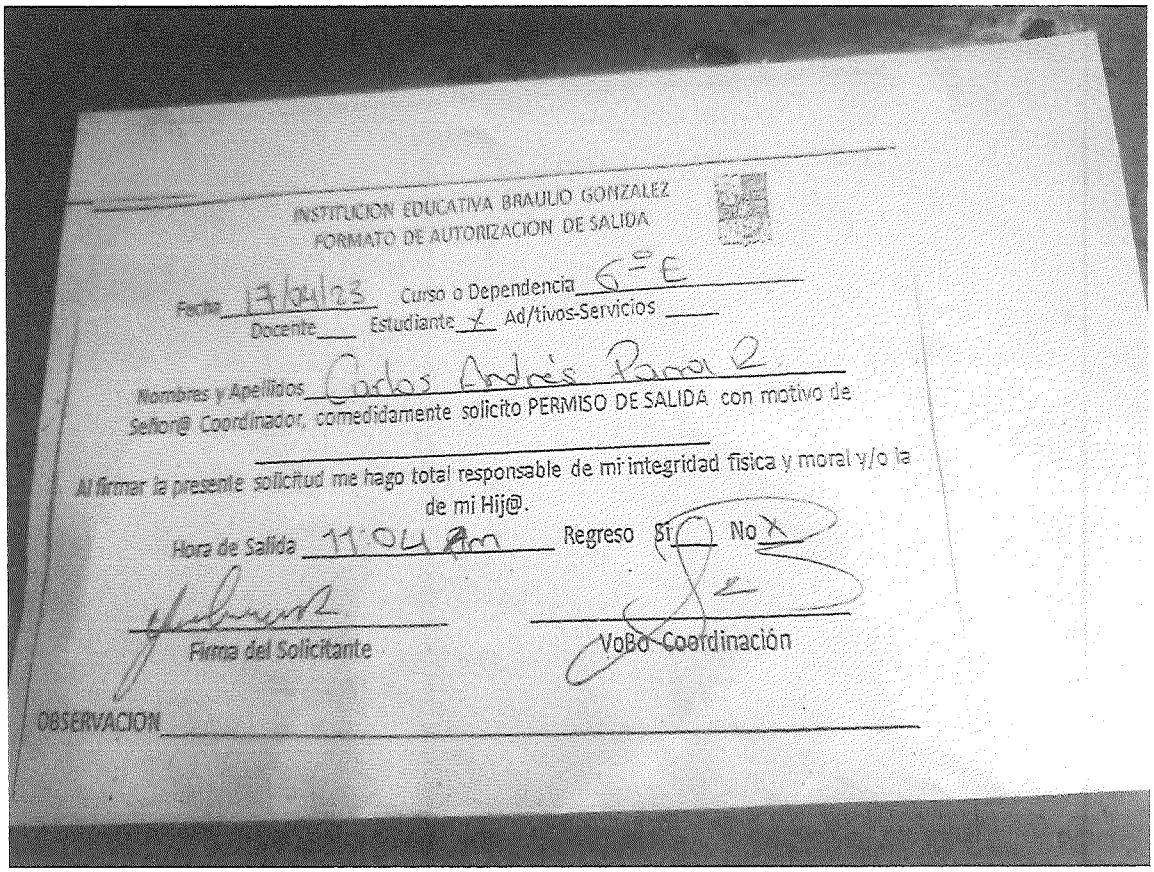
Página 1 de 1

.APOYE EN LA ORGANIZACIÓN DEL DIA DEL MAESTRO





3.AUTORIZACION DE SALIDAS DE LOS NIÑOS ENFERMOS O CON CITAS MEDICAS DEL MES DEL ABRIL



INSTITUCION EDUCATIVA BRAULIO GONZALEZ
FORMATO DE AUTORIZACION DE SALIDA

Fecha 17/04/23 Curso o Dependencia 6°E
Docente ___ Estudiante X Ad/tivos-Servicios ___

Nombres y Apellidos Carlos Andrés Parra Z.

Señor@ Coordinador, comedidamente solicito PERMISO DE SALIDA con motivo de

Al firmar la presente solicitud me hago total responsable de mi integridad física y moral y/o la de mi Hij@.

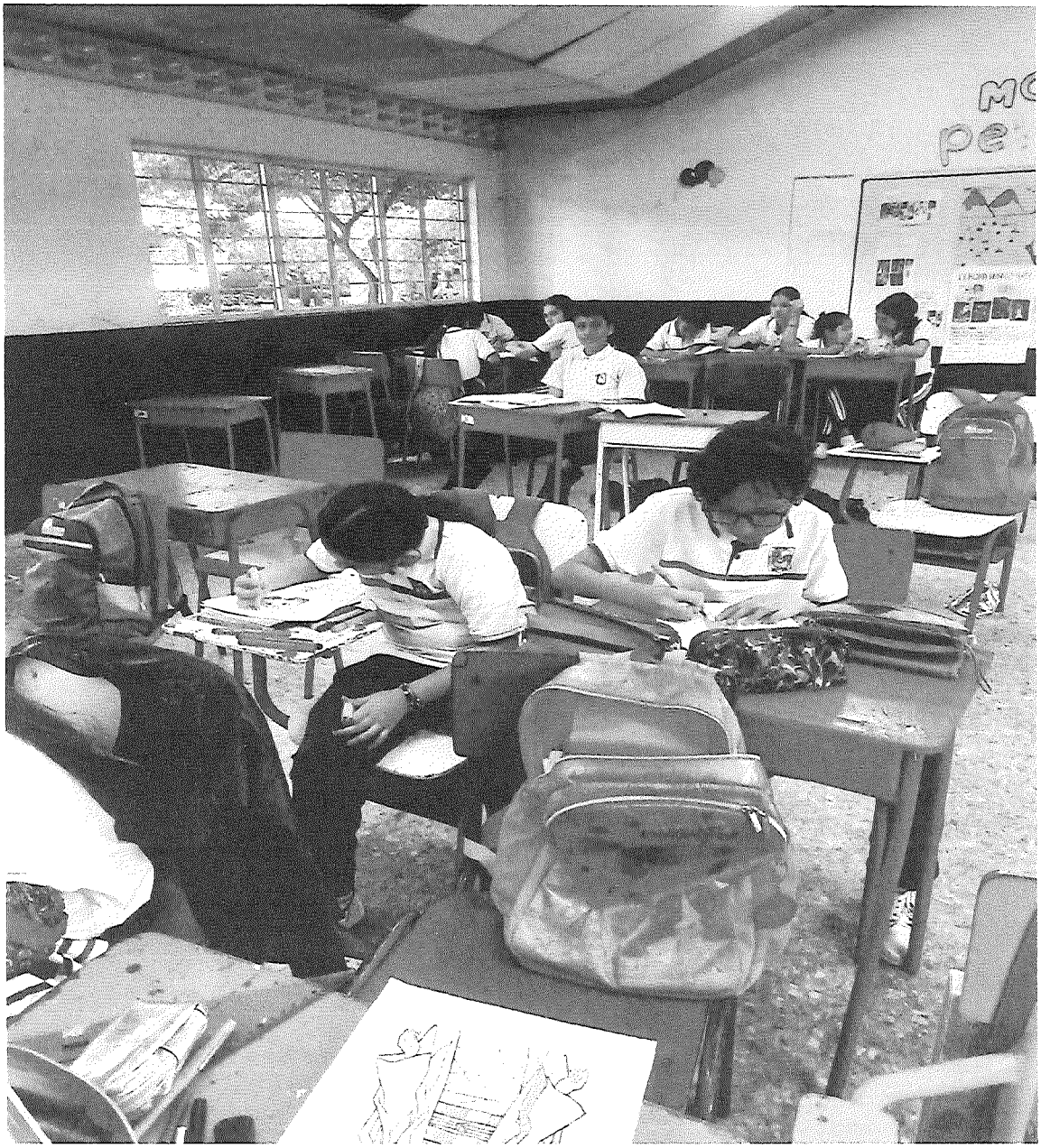
Hora de Salida 11:04 Am Regreso SI ___ No X

Firma del Solicitante

VoBo Coordinación

OBSERVACION

4.APOYO EN LOS SALONES DE CLASE CUANDO ALGUN PROFESOR TIENE INCAPACIDAD COLOCANDOLE ACTIVIDADES A LOS NIÑOS EN EL SALON DE CLASES.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	47440825
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL			DEIBY PEREZ FERNANDEZ
CIUDAD Y/MUNICIPIO	YOPAL	DEPARTAMENTO	CASANARE
DIRECCIÓN	CALLE 9 # 23-79	TELEFONO	6334497
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			5248195784	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	abril	AÑO 2023
DIAS DE MORA			17				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2023/05/25	NUMERO AUTORIZACIÓN			9244427213

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,800	$ 0	$ 185,600	$ 3,800	$ 189,400
SUBTOTALES:										**$ 185,600**	**$ 3,800**	**$ 189,400**

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 VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145,000	$ 0	$ 3,000	$ 0	$ 145,000	$ 3,000	$ 0	$ 148,000
SUBTOTALES:													**$ 145,000**	**$ 3,000**	**$ 0**	**$ 148,000**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6,100	$ 6,100	$ 200	$ 0	$ 6,300
SUBTOTALES:									**$ 6,100**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 6,300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 47440825	PEREZ FERNANDEZ DEIBY	1-DEPENDIENTE	0-VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	$ 1,160,000				NO

N°	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

N°	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	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	PARAFISCALES CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1,160,000	$ 185,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185,600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1,160,000	$ 145,000	$ 0	$ 145,000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1,160,000	$ 47440825	$ 6,100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

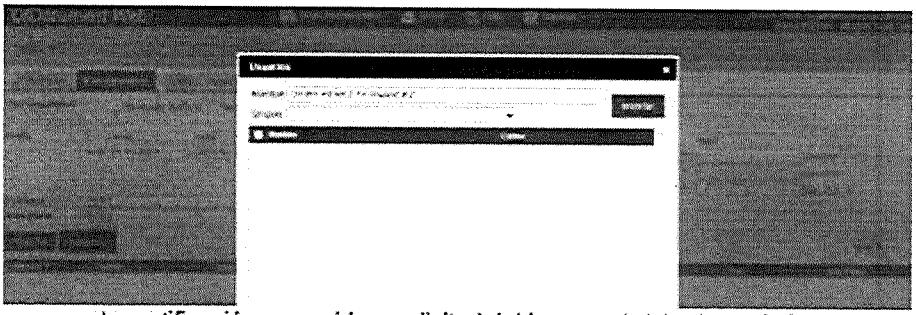
TOTAL	**$ 343.700**

CERTIFICACIÓN

1190.219

LA SECRETARIA GENERAL A TRAVES DEL PROGRAMA DE ATENCION AL CIUDADANO

Que el señor (a) **DEIBY PEREZ FERNANDEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No **47440825** adscrito (a) a la **AECRETARIA DE EDUCACION** para la vigencia del DEL 16/04/2023 AL 15/05/2023, con número de contrato **0346** no presenta usuario de Qfdocument.



La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) a los veinticuatro (24) días del mes de mayo de 2023.

Belsy sarmiento
Técnico contratado

DAHIANA MELIZA HERRERA QUIJANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO-04