Alcaldía Municipal
de Yopal

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME DE ACTIVIDADES No.	2	FECHA INFORME	30 SEP 2024

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No DEL CONTRATO Y FECHA	110.70.40.1793.2024 DEL 24 JULIO DEL 2024
VALOR DEL CONTRATO	TRES MILLONES QUINIENTOS MIL ($3.500.000)
CONTRATANTE	ALCALDIA DE YOPAL
CONTRATISTA	**IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS**
No. DE IDENTIFICACION	47439347
PLAZO DE EJECUCION	DOS (2) MESES
SUPERVISOR	ROCIO MOJICA TOSCANO Profesional Universitario Cod. 219 Grado 4 (E) Según Decreto 033 DE 2023 SUPERVISORA DEL CONTRATO
FECHA DE INICIO	30 DE JULIO DEL 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	**29 DE SEPTIEMBRE DEL 2024**
PERIODO DEL INFORME	**30 DE AGOSTO DEL 2024 AL 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA ATENCION, RECEPCION,REGISTRO Y ACTUALIZACION DE LA INFORMACION CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDAD No	EJECUCION	EVIDENCIAS
1.Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por el MEN y bases de datos de la institucionales Educativas cumpliendo con los procedimientos vigentes.	**Durante el periodo 30 AGOSTO DEL 2024 AL 29 SEPTIEMBRE DEL 2024.** Se registro y actualizo de lo SIMAT de acuerdo a los de acuerdo con los listados del año electivo 2024 de los estudiantes activos, reprobado, y no matriculados desertores.	Se anexa evidencia fotografía y certificación expedida por el rector de la IE
2. Recepcionar solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución de manera oportuna.	**Durante el periodo 30 AGOSTO DEL 2024 AL 29 SEPTIEMBRE DEL 2024.** Recepción de documentos interna y externa de la institución para el debido procedimiento según l necesidad establecida o requerida, según los	Se anexa evidencia fotografía y certificación expedida por el rector de la IE

ACTIVIDAD No	EJECUCION	EVIDENCIAS
	alineamientos del rector de la institución educativa	
3. Generar registros y reportes requeridos por el rector de la institución educativa de acuerdo a las necesidades. Producto: una (21) Institución Educativa con reportes generados de acuerdo a los requerimientos durante el primer semestre del calendario escolar 2024.	**Durante el periodo 30 AGOSTO DEL 2024 AL 29 SEPTIEMBRE DEL 2024** Realizar reportes continuos de los números de estudiantes registrados en la plataforma ´por el MEN y las plataformas de la institución, con el fin de mantener una información clara al rector de la institución y las solicitudes de cupo que requiere la comunidad educativa.	Se anexa evidencia fotografía y certificación expedida por el rector de la IE
4.Atender de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa.	**Durante el periodo 30 AGOSTO DEL 2024 AL 29 SEPTIEMBRE DEL 2024.** Brindar información necesaria a padres de familia y estudiantes del calendario escolar 2024. Así como la recepción de solicitudes de documentos de años anteriores de los estudiantes (certificados) para su elaboración, expedición y entrega.	Registros fotográficos, certificación 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	79612939	AGOSTO	162500
PENSION	79612939	AGOSTO	208000
ARL	79612939	AGOSTO	6800
SALUD	80355009	SEPTIEMBRE	162500
PENSION	80355009	SEPTIEMBRE	208000
ARL	80355009	SEPTIEMBRE	6800

ACLARACIÓN : Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente Informe corresponde 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 para certificar el cumplimento del objeto del contrato

OBSERVACIONES Y/O ANEXOS	
Nombre Contratista IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS **Identificación:**47439347	**Firma**:

Alcaldía Municipal de Yopal

INFORME DE ACTIVIDADES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

ROCIO MOJICA TOSCANO , identificado con la cédula de ciudadanía No. **52340946** , 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 liquidación 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: Vanessa Carolina Cortés	**NOMBRE: ROCIO MOJICA TOSCANO**
CARGO: Profesional de Apoyo	**CARGO: Profesional Universitario Cod. 219 Grado 4 (E) Según Decreto 033 DE 2023**
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Yopal, 30 de septiembre de 2024

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.

CERTIFICA:

Que, **IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS**, Identificada con cedula de ciudadanía No. 47.439.347, expedida en Yopal, contratada por el Municipio de Yopal según contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No. .**1793.**2024, para DESARROLLAR ACCIONES PARA FORTALECER LA ATENCIÓN, RECEPCION, REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS PLATAFORMAS AUTORIZADAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL E IMPLEMENTADAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE YOPAL, y durante el tiempo comprendido entre el treinta (30) de agosto al veintinueve (29) de septiembre de 2024, realizó las siguientes actividades:

1.Registrar y actualizar la información contenida en las plataformas autorizadas por el MEN y bases de datos de las instituciones educativas oficiales, cumpliendo con los procedimientos vigentes. Producto: 21 Instituciones Educativas con plataformas del MEN y bases de datos institucionales actualizados durante el primer semestre del calendario escolar 2024.

2. Recepcionar solicitudes y generar comunicaciones de información relacionada con las actividades de la institución de manera oportuna. Producto: 21 Instituciones Educativas con solicitudes y comunicaciones tramitadas y atendidas durante el primer semestre del calendario escolar 2024.

3. Generar registros y reportes requeridos por el rector de la institución educativa de acuerdo a las necesidades. Producto: 21 Instituciones Educativas con reportes generados de acuerdo a los requerimientos durante el primer semestre del calendario escolar 2024.

4.Atender de forma oportuna y pertinente a la comunidad educativa que acuda a la Institución Educativa. Producto: Comunidad educativa de las 21 Instituciones Educativas atendidas oportunamente durante el primer semestre del calendario escolar 2024.

Atentamente,

Lic. **JAIME RINCON SERRANO**

EVIDENCIA FOTOGRAFICA INFORME 2

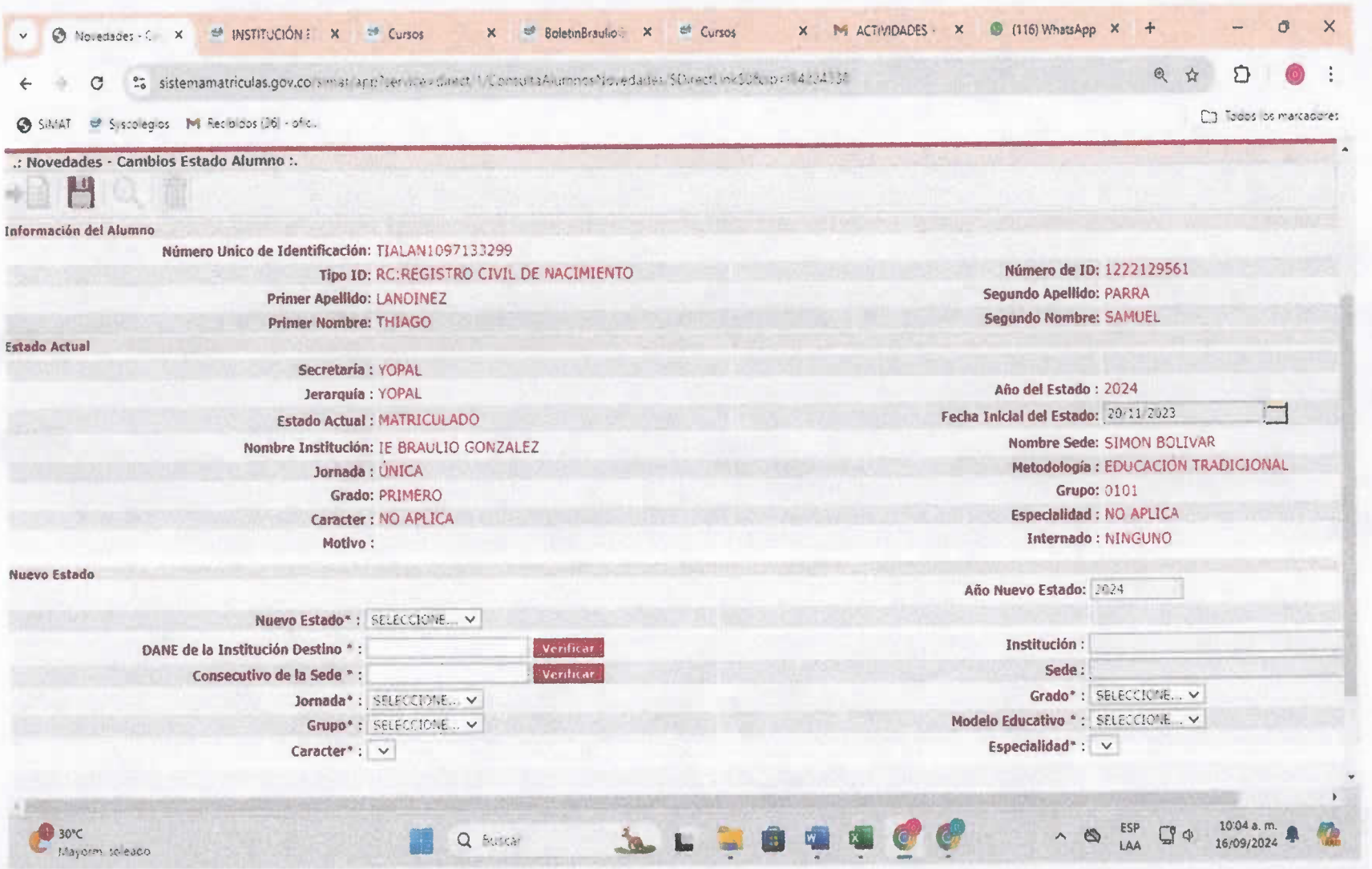
Registro y actualizacion de datos de acuerdo a los listados del año electivo 2024 de los estudiantes activos, repropados, no matriculados o desertores, actualizacion de archivo

ACTIVIDAD N 4 Informacion al publico





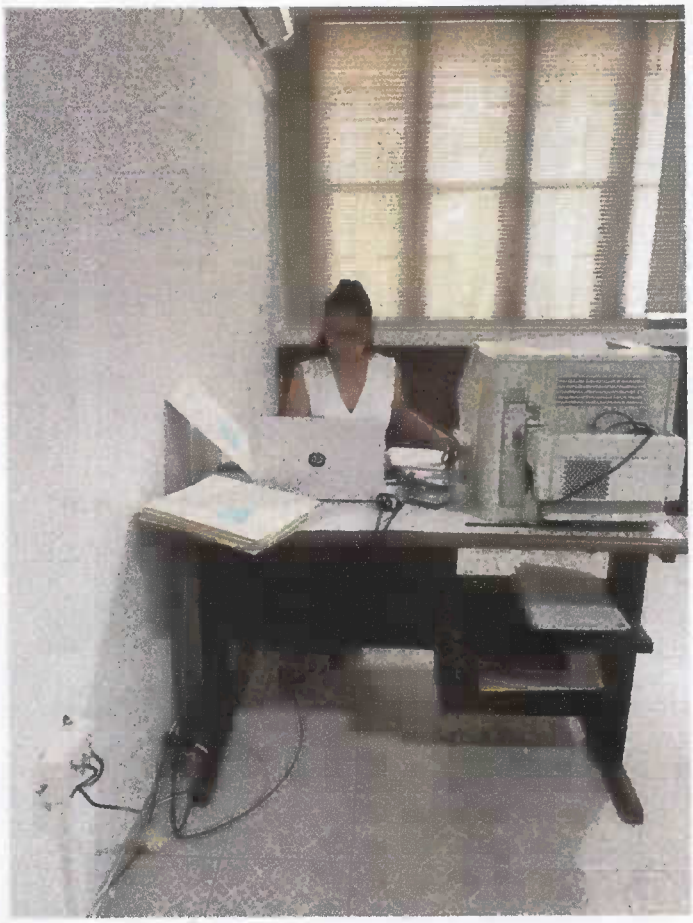

hp


.: Novedades - Cambios Estado Alumno :.
Información del Alumno
Número Unico de Identificación: TIALAN1097133299
Tipo ID: RC:REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número de ID: 1222129561
Primer Apellido: LANDINEZ
Segundo Apellido: PARRA
Primer Nombre: THIAGO
Segundo Nombre: SAMUEL
Estado Actual
Secretaría : YOPAL
Jerarquía : YOPAL
Año del Estado : 2024
Estado Actual : MATRICULADO
Fecha Inicial del Estado: 20/11/2023
Nombre Institución: IE BRAULIO GONZALEZ
Nombre Sede: SIMON BOLIVAR
Jornada : ÚNICA
Metodología : EDUCACION TRADICIONAL
Grado: PRIMERO
Grupo: 0101
Caracter : NO APLICA
Especialidad : NO APLICA
Motivo :
Internado : NINGUNO
Nuevo Estado
Año Nuevo Estado: 2024
Nuevo Estado* : SELECCIONE...
DANE de la Institución Destino * :
Verificar
Institución :
Consecutivo de la Sede * :
Verificar
Sede :
Jornada* : SELECCIONE...
Grado* : SELECCIONE...
Grupo* : SELECCIONE...
Modelo Educativo * : SELECCIONE...
Caracter* :
Especialidad* :

ACTIVIDAD N 1Simak



Actividad 2 Recepcion de documentos



Actividad 3 Reportes continuos en plataformas simak



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	47439347	IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS	calle16a#31-128 apt407 torreE	3015259796	irenitaperez30@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79612939	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	47439347	IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS	calle16a#31-128 apt407 torreE	3015259796	irenitaperez30@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79612939	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en Mixtas	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	47439347	PEREZ RADZIUNAS IRENE ALEJANDRA	59	0			N									1								230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS035	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	47439347	IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS	calle16a#31-128 apt407 torreE	3015259796	irenitaperez30@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	23/09/2024	80355009	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Pensionado	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	47439347	PEREZ RADZIUNAS IRENE ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17439347	IRENE ALEJANDRA PEREZ RADZIUNAS	calle16a#31-128 apt407 torreE	3015259796	irenitaperez30@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CASANARE	YOPAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	23/09/2024	80355009	TOTAL A PAGAR	
					$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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