Alcaldía Municipal de Yopal

INFORME DE ACTIVIDADES

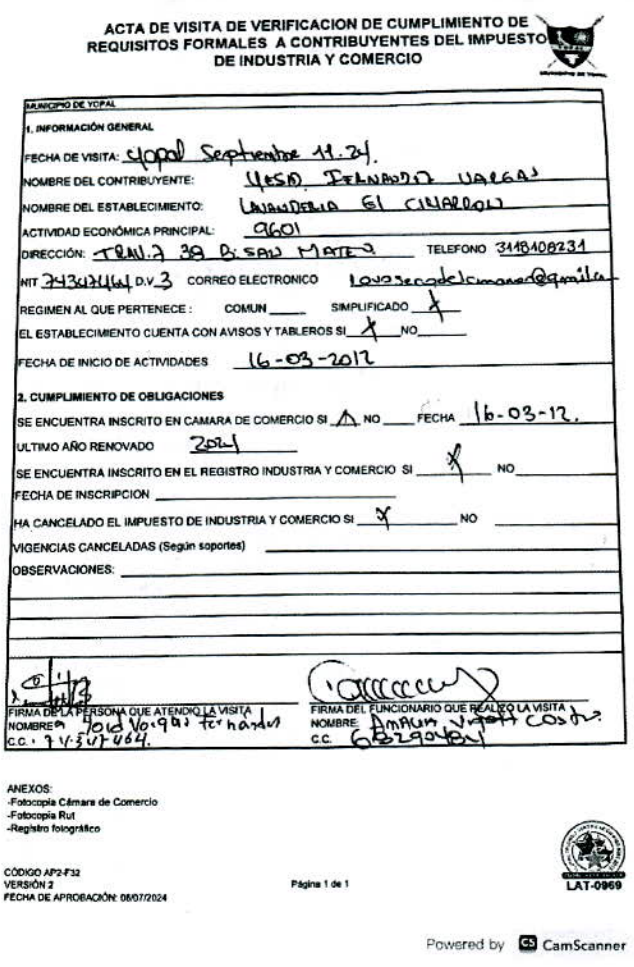
INFORME DE ACTIVIDADES No.	1	FECHA INFORME	28 DE OCTUBRE 2024

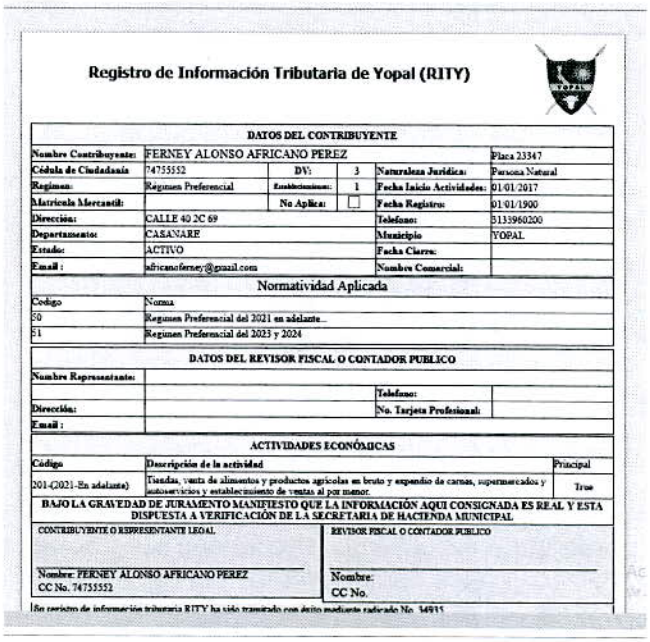
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

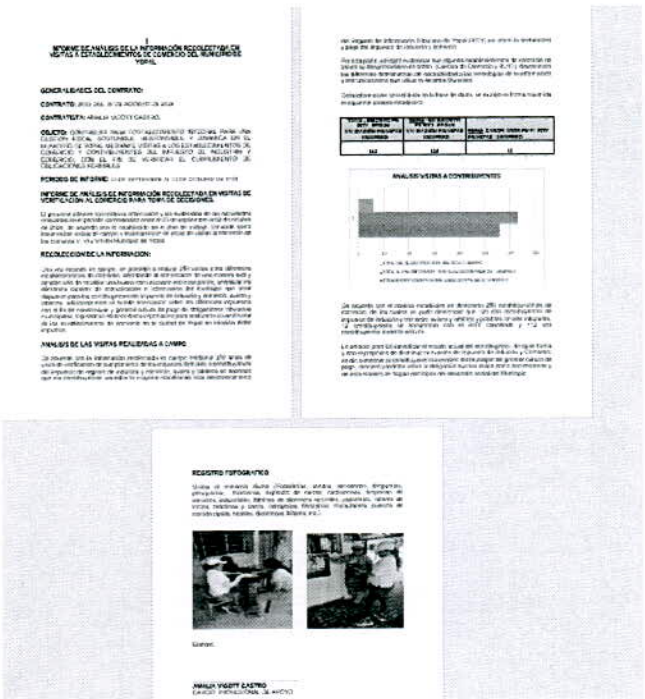
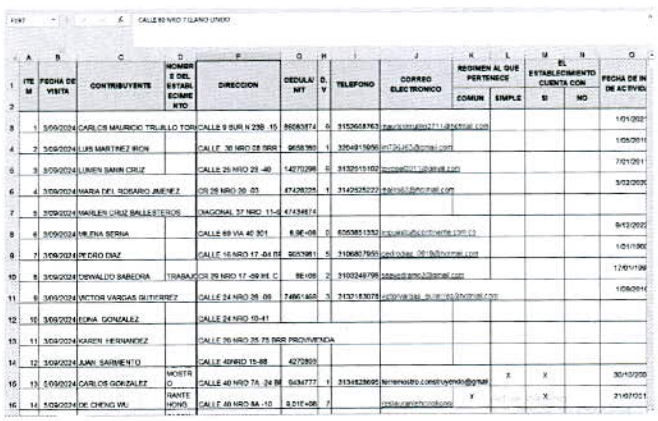
No DEL CONTRATO Y FECHA	2633 DEL 30 DE AGOSTO DE 2024
VALOR DEL CONTRATO	$14.000.000
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE YOPAL
CONTRATISTA	AMALIA VIGOTT CASTRO
No. DE IDENTIFICACION	68.290.484 DE YOPAL
PLAZO DE EJECUCION	TRES (3) MESES Y QUINCE (15) DIAS
SUPERVISOR	YENIFER CONSTANZA TORRES NIETO
FECHA DE INICIO	03 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	17 DE DICIEMBRE DE 2024
PERIODO DEL INFORME	INFORME No.1 PERIODO DEL 03 DE SEPTIEMBRE AL 02 DE OCTUBRE DE 2024.
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRIBUIR PARA FORTALECIMIENTO INTEGRAL PARA UNA GESTION FISCAL SOSTENIBLE, RESPONSABLE Y DINAMICA EN EL MUNICIPIO DE YOPAL, MEDIANTE VISITAS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO Y CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, CON EL FIN DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES FORMALES.

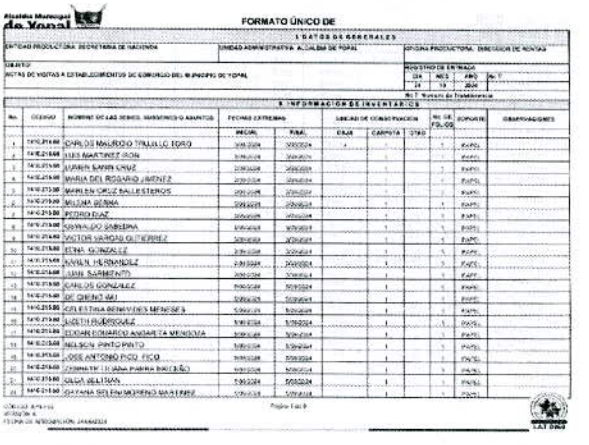
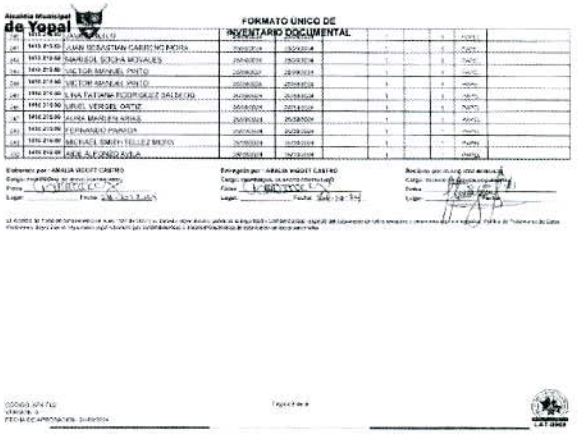
ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

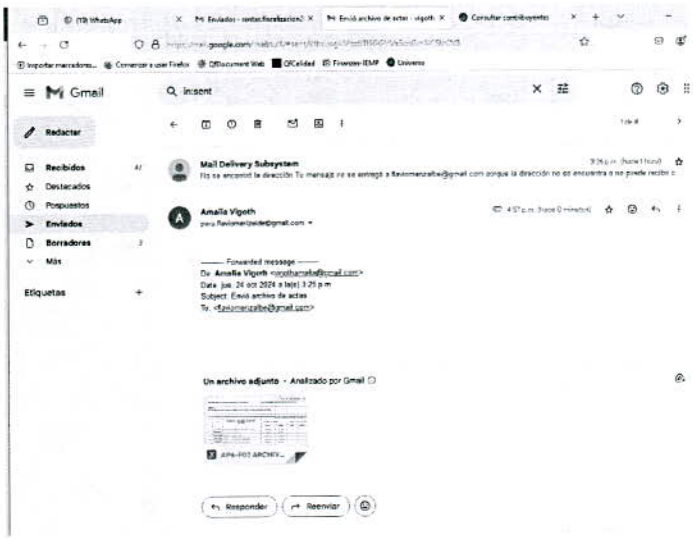
ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (Describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	EVIDENCIAS (Indicar el medio de verificación y se especifica física y/o virtual que soporte esta actividad)
1. Realizar visita a 250 contribuyentes del impuesto de industria y comercio, de forma mensual, con el fin de verificar	En el periodo relacionado, realicé 250 visitas a contribuyentes del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros en los sectores de las comunas V,VI,VII del Municipio de Yopal. Se levantó un acta avalada por la supervisión, en la cual se consignó los datos obtenidos de la visita al contribuyente, verificando de esta manera el cumplimiento de sus obligaciones formales. Brinde orientación al contribuyente sobre el registro en el RITY y procedimiento para la presentación de la declaración del Impuesto ICA.	Se entrega en medio físico y magnético 250 actas y sus respectivos anexos. CD

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	EVIDENCIAS (Indicar el medio de verificacion y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
situaciones como: Condiciones del establecimiento de comercio, naturaleza jurídica, avisos y tableros, tipo de actividad, cumplimiento de obligaciones formales. Producto: Visita mensual a 250 contribuyentes del impuesto de industria y comercio, levantar un acta avalada por la supervisión, en la cual se consignen los datos obtenidos, entrega en medio físico y magnético.	 **ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS FORMALES A CONTRIBUYENTES DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO** MUNICIPIO DE YOPAL I. INFORMACIÓN GENERAL FECHA DE VISITA: Yopal Septiembre 11-24. NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: YESID FERNANDEZ VARGAS NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: LAVANDERIA EL CHAPOLO ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: 9601 DIRECCIÓN: TRNV 7 39 B SAN MATEO TELEFONO 3118108231 NIT 74361464 D.V 3 CORREO ELECTRONICO lavanderiaelchapolo@gmail.com REGIMEN AL QUE PERTENECE: COMUN ___ SIMPLIFICADO X EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON AVISOS Y TABLEROS SI X NO ___ FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES 16-03-2012 2. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES SE ENCUENTRA INSCRITO EN CAMARA DE COMERCIO SI X NO ___ FECHA 16-03-12. ULTIMO AÑO RENOVADO 2024 SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO INDUSTRIA Y COMERCIO SI X NO ___ FECHA DE INSCRIPCION ___ HA CANCELADO EL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO SI X NO ___ VIGENCIAS CANCELADAS (Según soportes) ___ OBSERVACIONES: ___ FIRMA DE LA PERSONA QUE ATENDIO LA VISITA NOMBRE Yesid Fernandez C.C. 74.361.464. FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE REALIZO LA VISITA NOMBRE Amaury Vivas Costa C.C. 6852904 ANEXOS: -Fotocopia Cámara de Comercio -Fotocopia Rut -Registro fotográfico CÓDIGO AP2-F32 VERSIÓN 2 FECHA DE APROBACIÓN: 08/07/2024 Página 1 de 1 LAT-0969 Powered by CamScanner	
2. Realizar consultas en el sistema financiero destinado por la entidad para determinar el estado actual	Se realizó **250** consultas en el sistema financiero Universo Online vigencia 2024, destinado por la entidad para determinar el estado actual del contribuyente y sus obligaciones tributarias. De los cuales se detectó **112** contribuyentes registrados activos, **126** no registrados y **12** contribuyentes con su RITY cancelados.	Se entrega documento consulta RITY en medio magnético (CD)

<table>
<tr><th>ACTIVIDAD No
(relacione las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)</th><th>EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)</th><th>EVIDENCIAS
(indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)</th></tr>
<tr><td>del contribuyente y sus obligaciones tributarias. Producto: consultas del 100% de los datos de las visitas en el sistema financiero y entregar base de datos con la información obtenida.</td><td>
<table>
<tr><th>TOTAL INSCRITO EN RITY -SEGÚN VALIDACIÓN FINANZAS - UNIVERSO</th><th>TOTAL NO INSCRITO EN RITY -SEGÚN VALIDACIÓN FINANZAS - UNIVERSO</th><th>TOTAL CANCELADOS EN EL RITY -FINANZAS / UNIVERSO</th></tr>
<tr><td>112</td><td>126</td><td>12</td></tr>
</table>

Registro de Información Tributaria de Yopal (RITY)
DATOS DEL CONTRIBUYENTE
Nombre Contribuyente: FERNEY ALONSO AFRICANO PEREZ — Placa 23347
Cédula de Ciudadanía: 74755552 — DV: 3 — Naturaleza Jurídica: Persona Natural
Regimen: Regimen Preferencial — Establecimiento: 1 — Fecha Inicio Actividades: 01/01/2017
Matricula Mercantil: — No Aplica: ☐ — Fecha Registro: 01/01/1900
Dirección: CALLE 40 2C 69 — Telefono: 3133960200
Departamento: CASANARE — Municipio: YOPAL
Estado: ACTIVO — Fecha Cierre:
Email : africanoferney@gmail.com — Nombre Comercial:
Normatividad Aplicada
Codigo: Norma
50: Regimen Preferencial del 2021 en adelante..
51: Regimen Preferencial del 2023 y 2024
DATOS DEL REVISOR FISCAL O CONTADOR PUBLICO
Nombre Representante: — Telefono: — Dirección: — No. Tarjeta Profesional: — Email :
ACTIVIDADES ECONÓMICAS
Código: 201-(2021-En adelante) — Descripción de la actividad: Tiendas, venta de alimentos y productos agrícolas en bruto y expendio de carnes, supermercados y autoservicios y establecimiento de ventas al por menor. — Principal: True
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN AQUI CONSIGNADA ES REAL Y ESTA DISPUESTA A VERIFICACIÓN DE LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
CONTRIBUYENTE O REPRESENTANTE LEGAL — REVISOR FISCAL O CONTADOR PUBLICO
Nombre: FERNEY ALONSO AFRICANO PEREZ
CC No. 74755552
Nombre:
CC No.
Un registro de información tributaria RITY ha sido transitado con éxito mediante radicado No. 34915
</td><td></td></tr>
<tr><td>3. Elaborar informe donde se analice la información recolectada para posible toma de decisiones.</td><td>Se realizó informe técnico de la información recolectada en campo para posible toma de decisiones por parte de la supervisión del contrato. En el cual muestra el análisis estadístico de los datos recolectados en las visitas de verificación al comercio y el estado de registro en el RITY. Se adjunta informe el cual está conformado por (3) folios.</td><td>Se entrega informe en medio físico y magnético (CD)</td></tr>
</table>

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	EVIDENCIAS (indicar el medio de verificación y su ubicación física ya sea el que soporte esta actividad)
Producto: Informe de la gestión realizada entregada a la supervisión del contrato.		
4. Diligenciar base de datos de acuerdo con directrices de la supervisión, que contenga la información obtenida. Producto: Base de Datos en formato Excel actualizada, entregada y aprobada por la supervisión del contrato.	Se diligenció base de datos en formato Excel con los campos indicados por la supervisión, la cual contiene los 250 registros de las visitas realizadas a los contribuyentes como se evidencia. 	Se entrega base de datos en Excel en medio magnético (CD)

ACTIVIDAD No (coloque las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	EVIDENCIAS (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o virtual que soporta esta actividad)
5. Organizar y entregar el 100% de los expedientes en medio físico y magnético y documentos que se generen en la ejecución contractual, de acuerdo con las normas archivísticas. Producto: Organización y entrega de la información generada durante la ejecución contractual.	Se organizó y se folió la documentación física (actas de visitas al comercio y anexos) al 100%. Se elaboró el inventario de gestión documental el cual se entregó al técnico contratado de la dirección de rentas, para dar traslado al archivo central. 1. Carpeta cuatro solapas que contiene las 250 actas de visitas a contribuyentes del impuesto de industria y comercio, avisos y tableros en los sectores de las comunas V,VI,VII del Municipio de Yopal.  FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL  FORMATO UNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL	Se entrega en medio físico y magnético (CD y correo electrónico.

ACTIVIDAD No (colocar las actividades descritas en el contrato que haya ejecutado en el periodo actual)	EJECUCION (describa que acciones o actividades realizo para el cumplimiento de esta actividad)	EVIDENCIAS (Indicar el medio de verificación y su ubicación física y/o digital que soporte esta actividad)
	2. Se envió formato único de inventario documental AP4- F02 al correo del Señor Flavio Merizalde. Dando así cumplimiento a la normatividad archivística y gestión documental. 	

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	4573319579	SEPTIEMBRE	$200.000
PENSION	4573319579	SEPTIEMBRE	$256.000
ARL	4573319579	SEPTIEMBRE	$16.800

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	ANEXO PLANILLAS DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL N° **4573319579** MES DE SEPTIEMBRE, (SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES) DE FECHA 04/10/2024.

Nombre Contratista: AMALIA VIGOTT CASTRO **Identificación:68.290.484 DE YOPAL**	**Firma**:

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

YENIFER CONSTANZA TORRES NIETO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.118.529.937, 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.1 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: CRISTINA CASTAÑEDA SALCEDO	**NOMBRE: YENIFER CONSTANZA TORRES NIETO**
CARGO: PROFESIONAL CONTRATADO	**CARGO: DIRECTORA DE RENTAS**
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Alcaldía Municipal de Yopal

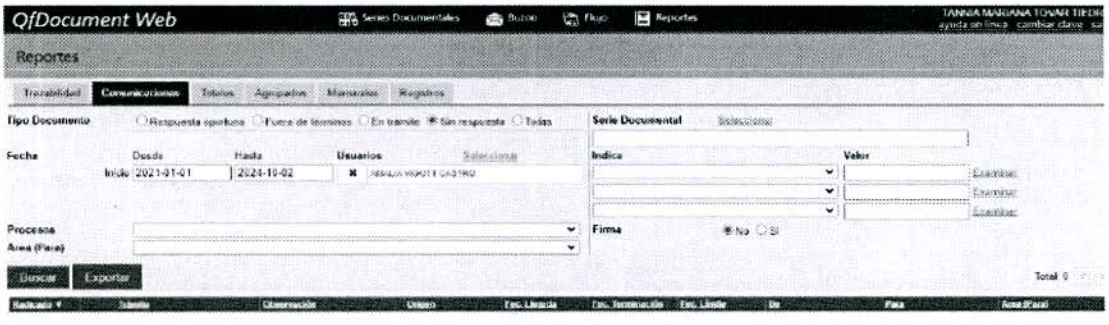
CERTIFICACIÓN

1200.120.75

LA SECRETARIA GENERAL A TRAVES DEL PROGRAMA DE ATENCION AL CIUDADANO

Que el señor (a) **AMALIA VIGOTT CASTRO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **68290484** adscrito (a) a la **SECRETARIA HACIENDA** número de contrato **2633-2024** se encuentra a paz y salvo desde el 03 DE SEPTIEMBRE DE 2024 A 02 DE OCTUBRE DE 2024, se genera la siguiente certificación que reporta la herramienta QFdocument.

Fuente: Herramienta QFDocument / Anexo pantallazo



Nota: Se aclara que a la fecha no se evidencian PQRSD para ese periodo, se informa que es responsabilidad del contratista o funcionario el manejo del usuario.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los dos (02) días del mes de octubre del 2024.

Tannia Tovar
Quien Elabora

DAHIANA MELIZA HERRERA QUIJANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO-04

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	68290484
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AMALIA VIGOTT CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 29 B NO 34 - 34	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4573319579	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9880291947

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 0		$ 256.000
SUBTOTALES:										$ 256.000	$ 0		$ 256.000

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	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000
SUBTOTALES:													$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 200.000

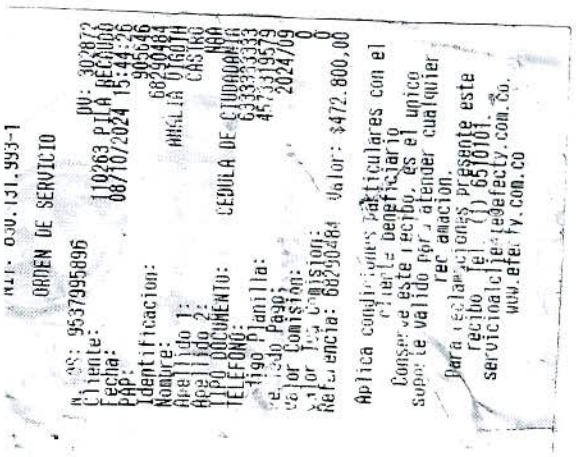
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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	$ 16.800	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 16.800	
SUBTOTALES:									$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 16.800	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
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	PENSIÓN								SALUD								ARP					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	CCF		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ISC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 68290484	VIGOTT CASTRO AMALIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.600.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000	$ 68290484	$ 16.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 472.800



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que AMALIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 68290484, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) AMALIA VIGOTT CASTRO con documento CC 68290484, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4573319579	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	SEPTIEMBRE/2024	Periodo Cotización Salud	SEPTIEMBRE/2024
Fecha Pago	2024/10/08	Número de Autorización	9990291947

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS005 - SANITAS S.A.
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	1,044 %
Clase de Riesgo	2		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada