Alcaldía Municipal de Yopal

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME DE ACTIVIDADES No.	INFORME (1)	FECHA INFORME	27 NOV 2024

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No DEL CONTRATO Y FECHA	**3555.2024 DEL 11 DE OCTUBRE DEL 2024**
VALOR DEL CONTRATO	SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS MCTE ($6.933.333,33)
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE YOPAL
CONTRATISTA	HELLEN CAROLINE SIERRA GARCÍA
No. DE IDENTIFICACION	**1140881795**
PLAZO DE EJECUCION	DOS (2) MESES CINCO (5) DIAS
SUPERVISOR	JORGE ANDRÉS RODRÍGUEZ GONZÁLEZ - SECRETARIO DE GOBIERNO
FECHA DE INICIO	**16 DE OCTUBRE DEL 2024**
FECHA DE TERMINACIÓN	**20 DE DICIEMBRE DEL 2024**
PERIODO DEL INFORME	**DEL 16 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE**
OBJETO DEL CONTRATO	BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA EN EL DISEÑO DE LAS RUTAS PARA LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y REACCIÓN PARA GENERAR CONFIANZA Y MEJORAR LA INTERMEDIACIÓN CON LA COMUNIDAD Y LA AUTORIDAD PARA FORTALECER LA CONVIVENCIA Y SEGURIDAD EN EL MUNICIPIO DE YOPAL.

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 su ubicación física y/o virtual que soporte esta actividad)
1. Brindar asistencia técnica en el diseño de las rutas de prevención, atención y reacción (Ruta para fortalecer e intervenir la problemática migratoria tráfico de migrantes y asuntos indígenas, Ruta para	En el periodo comprendido del 16 DE OCTUBRE DE 2024 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2024, se realizó la siguiente actividad: Se presentan avances por medio de trabajo escrito teniendo en cuenta el marco legal teórico y jurídico de la ruta de "ESTRATEGIA PARA LA	Se anexa en CD el documento en Word y el pdf representativa del bosquejo de la ruta.

GLOBAL COLOMBIA CERTIFICACIÓN ISO 9001:2015 EMPRESA CERTIFICADA
LAT-0969

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 soporte esta actividad)
la promoción y protección de los derechos humanos e intervención del delito de trata de personas, explotación sexual, Ruta para verificación, identificación, intervención y prevención de la proliferación de la problemática de asentamientos humanos, invasiones y urbanizaciones ilegales, como estrategia para la prevención del delito, Ruta para fortalecer la prevención de la violencia intrafamiliar, intrapersonal, abuso de género, violencia infantil y adulto mayor, Ruta para prevenir el delito del feminicidio, Diseño e implementación de la estrategia de mediación y territorialización de protocolos), como estrategia para el fortalecimiento y ampliación de los gestores de convivencia como medida para generar confianza, MEJORAR la intermediación con la comunidad y la autoridad e identificar el riesgo de convivencia en todo el Municipio. Producto. Ocho (8) rutas diseñadas para la prevención, atención y reacción de (Ruta para fortalecer e intervenir la problemática migratoria tráfico de migrantes y asuntos indígenas, Ruta para fortalecer la promoción y protección de los derechos humanos e intervención del delito de trata de personas, explotación sexual, Ruta para verificación, identificación, intervención y prevención de la proliferación de la problemática de asentamientos humanos, invasiones y urbanizaciones ilegales, como estrategia para	PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO INTRAFAMILIAR, INTRAPERSONAL, ABUSO DE GENERO, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y AL ADULTO MAYOR" finalmente se presenta el bosquejo del avance de la ruta"	

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 soporte esta actividad)
la prevención del delito, Ruta para fortalecer la prevención de la violencia intrafamiliar, intrapersonal, abuso de género, violencia infantil y al adulto mayor, Ruta para prevenir el delito del feminicidio, Diseño de la Ruta para la implementación de la justicia restaurativa, Diseño e implementación de la estrategia de mediación y territorialización de protocolos).		
2. Realizar cronograma de las 8 Rutas de prevención y atención en atención al fortalecimiento de la convivencia y la seguridad ciudadana. Producto: Cronograma desarrollado de las Rutas	En el periodo comprendido del 16 DE OCTUBRE DE 2024 AL 15 DE NOVIEMBRE DE 2024, se realizó la siguiente actividad: 2.1 El Día 17 de octubre del 2024 en coordinación con el doctor Raúl y el coronel José Fernando sé realizó la distribución de rutas piscc. 2.2 El día 29 de octubre del 2024 se realizó reunión virtual para la presentación y contextualización hacia el doctor Santiago González de las diferentes rutas de prevención y atención. 2.3 El día 30 de octubre del 2024 se realizó reunión con el doctor Raúl Eslava y el Doctor José Fernando donde se estableció la asignación definitiva de las rutas a cada profesional. 2.4 El día 05 de noviembre se Realizó asesoramiento de la oferta por parte de casa de justicia hacia los gestores simón Sánchez de la ruta de feminicidio y Hellen Sierra de la ruta de Violencia intrafamiliar. 2.5 El día 07 de noviembre se asistió a la reunión con el doctor Edgar Camargo para informar los avances los gestores simón Sánchez de la ruta de	Se anexa en CD el acta, la foto y el listado de asistencias a la mesa de trabajo. Se anexa en CD el acta de asistencia a la reunión. Se anexa en CD el acta, la foto y el listado de asistencias a la mesa de trabajo. Se anexa en CD el acta, la foto y el listado de asistencias a la reunión. Se anexa en CD el acta de asistencia a la reunión.

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 soporte esta actividad)
	feminicidio y Hellen Sierra de la ruta de Violencia intrafamiliar.	
	2.6 El día 08 de noviembre se asistió a la reunión en casa de justicia con los doctores Luis Díaz y la doctora Lissette Fuquen, donde se nos brindó información teniendo en cuenta cada una de las rutas piscc.	Se anexa en CD el acta, la foto y el listado de asistencias a la mesa de trabajo.
	2.7 El día 13 de noviembre del 2024 se llevó a cabo la mesa de trabajo para presentar el avance realizado en las diferentes rutas picss asignadas.	Se anexa en CD el acta, la foto y el listado de asistencias a la mesa de trabajo.

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	4573853494	OCTUBRE	$ 162.500
PENSION	4573853494	OCTUBRE	$ 208.000
ARL	4573853494	OCTUBRE	$ 6.800

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	De conformidad con lo establecido en la ley 1955 de 2019 art. 244, el pago de seguridad social para los contratistas y trabajadores independientes se realizará mes vencido, por lo tanto y teniendo en cuenta el calendario establecido para el pago de seguridad social, no aplica anexar la planilla del mes de noviembre para este periodo.
Nombre Contratista: **Identificación:**	Hellen Sierra García **Firma:** **HELLEN CAROLINE SIERRA GARCÍA** **1140881795**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

JORGE ANDRÉS RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.116.547.454, 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. UNO (1) del contrato 3555.2024, 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: JORGE ANDRÉS RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**
CARGO:	**CARGO: SECRETARIO DE GOBIERNO**
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Rad ESTAVA
Ct. 7403

Alcaldía Municipal de Yopal

CERTIFICACIÓN

1200.120.75

LA SECRETARIA GENERAL A TRAVES DEL PROGRAMA DE ATENCION AL CIUDADANO1

Que el señor (a) **Hellen Caroline Sierra García**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **1140881795** adscrito (a) a la **SECRETARIA DE GOBIERNO** número de contrato **3555-2024** se encuentra a paz y salvo desde el 16 de octubre de 2024 al 15 de noviembre 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 veintiún (21) días del mes de noviembre del 2024.

SAMAY NATHALIA LOPEZ
Técnico Administrativo

DAHIANA MELIZA HERRERA QUIJANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO-04

Alcaldía Municipal
de Yopal

Seguridad y Salud
en el Trabajo - SST

CERTIFICA QUE:

Hellen Caroline Sierra García

Completó de forma satisfactoria la inducción de seguridad y salud en el trabajo.

Fecha: 19-11-2024

Cód. del certificado: M85HVO-CE003577
Vinculado como: Contratista

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1140881795
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			HELLEN CAROLINE SIERRA GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	DIAG 15 13B 05	TELÉFONO:	3153440
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4573853494**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990697744

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																													PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETORNA TRABAJANA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VRP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1140881795	SIERRA GARCIA HELLEN CAROLINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	114088179	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 377.300**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que HELLEN CAROLINE con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1140881795, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) HELLEN CAROLINE SIERRA GARCIA con documento CC 1140881795, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	4573853494	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	OCTUBRE/2024	Periodo Cotización Salud	OCTUBRE/2024
Fecha Pago	2024/11/14	Número de Autorización	9990697744

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301 - PORVENIR
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	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

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

VALIDADO:

Planilla Pagada
Planilla Pagada