GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA		**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE: 06 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2024 CONTRATO No. 1902

REGISTRO BPyP No.: 2023 00415 0341

FECHA INICIACIÓN:06/05/2024 FECHA TERMINACIÓN: 30/12/2024

CONTRATISTA: WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO INTERVENTOR: JAVIER GIOVANNY MENDEZ ESPITIA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE LOS TRIBUTOS DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ. - 1.10-2

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	Realizar y tramitar los diferentes actos administrativos dentro de los procesos tributarios asignados	**E-2024-081540-VU:** Se dio respuesta a solicitud de contribuyente correspondiente al vehículo CWY406 a través de la plataforma Quyne el 12 de diciembre 2024.	**x**			
2	Auditar las declaraciones presentadas dentro de los procesos de fiscalización que se le asignen	En el periodo comprendido entre el 06 de diciembre de 2024 a 30 de diciembre de 2024 se registro un total de 58 auditorias realizadas respecto a las vigencias 2021, 2022,2023,2024 a través de la plataforma SIVER	**x**			
3	Estudiar y realizar las gestiones pertinentes frente a los requerimientos de fiscalización concernientes a los tributos de la administración tributaria departamental	Se realizaron nuevamente los estudios y gestiones pertinentes a las solicitudes recibidas con el fin de dar respuesta oportuna frente a la administración tributaria departamental.	**x**			
4	Resolver las PQRS, Peticiones y solicitudes que le sean asignadas en la plataforma QUYNE y demás canales del Departamento de Boyacá	**E-2024-081540-VU:** Se dio respuesta a solicitud de contribuyente correspondiente al vehículo QFM112 a través de la plataforma Quyne el 12 de diciembre 2024.	**x**			

5	Realizar acompañamiento en los operativos de control en materia de impuestos departamentales que se requieran	Durante el periodo comprendido entre el 06 de diciembre de 2024 a 30 de diciembre de 2024 no fue necesario realizar acompañamiento a operativo de control en materia de impuesto departamental.	**x**			
6	Las relacionadas con los tributos Departamentales	En el periodo comprendido entre el 06 de diciembre de 2024 a 30 de diciembre de 2024 no se me fue asignada esta función.	**x**			

Firma:_____

Nombre: JAVIER GIOVANNY MENDEZ ESPITIA

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO

CONTRATISTA

RADICADO No: S-2024-004173-HACDRF

T: Cumple totalmente las actividades pactadas. P: Cumple parcialmente las actividades pactadas. N: No cumplió las actividades pactadas.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057602548
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	7777	TELÉFONO:	7777777
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:				**4583069686**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9991085120

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
231001	231001-COLFONDOS	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**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1057602548	PEREZ QUINTERO WILLIAM DAVID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO		30															231001-COLFONDOS	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	105760254	$ 6.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 377.300**

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-034
ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN		**FECHA: 24/Jul/2019**

FECHA PRESENTE ACTA	DICIEMBRE DE 2024		
CONTRATO __X___ CONVENIO _____	No. 1902	DE FECHA: 02/05/2024	
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACIÓN, FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE LOS TRIBUTOS DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ. - 1.10-2		
CONTRATISTA	WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO		NIT:1057602548-6
			C.C:1057602548
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	JAVIER GIOVANNY MENDEZ ESPITIA		C.C:7303251
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 19.128.000,00	
	APORTE DEL DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° 1 _____	VALOR	$ 5.844.650,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$0.00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 24.972.650,00	
PLAZO INICIAL	SEIS (6) MESES Y CERO (0)DÍAS		
PRORROGA N° 1_____	Tiempo: UN (1) MES Y VEINTICINCO (25)DÍAS	De Fecha: 5/11/2024	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N.A	De Fecha: N.A	
PLAZO TOTAL	SIETE (7) MESES Y VEINTICINCO (25)DÍAS		
FECHA DE INICIACIÓN	06/05/2024		
ACTA DE SUSPENSIÓN N°	De Fecha: N.A		
ACTA DE REINICIACIÓN N°	De Fecha: N.A		
FECHA DE TERMINACIÓN	05/11/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	30/12/2024		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	06 DE DICIEMBRE DE 2024 A 30 DE DICIEMBRE DE 2024		
RBPP N°	2023 00415 0341		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No:_3399_____ AÑO: __2024_____, RPC No 9475 AÑO 2024.

En las oficinas de__SECRETARÍA DE HACIENDA___ se reunieron los señores, __JAVIER GIOVANNY MENDEZ ESPITIA__ Interventor / Supervisor y el señor ___WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO__ como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales (Cuando Aplique) de acuerdo a la(s) planilla (s) N° 4583069686 del mes (es) diciembre de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$0,00
Sumatoria Amortizaciones	$0,00
Saldo por Amortizar	$0,00

**Nota al anticipo: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, segun hoja anexa de fuentes de financiación (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato o convenio	$ 24.972.650,00	$ 0,00
Amortización Anticipo	$ 0,00	$ 0,00
Valor a pagar de la presente acta	$ 0,00	$ 2.656.650,00
Valor Total actas pagadas	$ 0,00	$ 22.316.000,00
Saldo por ejecutar (Liberar por el Departamento)	$ 0,00	$ 0,00
Valor a Reintegrar al Departamento	$ 0,00	$ 0,00
Sumas iguales	$ 24.972.650,00	$ 24.972.650,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 488413270924	BANCO: Banco Davivienda S.A.	AHORROS: X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: JAVIER GIOVANNY MENDEZ ESPITIA
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO
CONTRATISTA

Radicado No. S-2024-004200-HACDRF
* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE) ANEXO:
INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Secretaría de Contratación Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0** **CÓDIGO: GN-I06-F01**
CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		**FECHA: 04/10/2016**

Fecha: 17/12/2024	Secretaría: SECRETARÍA DE HACIENDA		Dependencia: N.A
Nombre de Solicitante WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: davidcambio28@gmail.com
Nombre de Usuario WILLIAM DAVID PEREZ QUINTERO	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: davidcambio28@gmail.com

ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		
No.	**Registro de Certificación**	**Estado**
1	Sistema: QUYNE ID Usuario WILLIAM.PEREZ Fecha:17/12/2024  Firma Responsable del Sistema Nombre: CAMILO ANDRÉS DELGADO PRIETO	Documentos Pendientes:0



Firma Director de Sistemas