Alcaldía Municipal de Yopal

ACTA PARCIAL

I. DATOS GENERALES	
ACTA PARCIAL No. 2 DE 2025-04-29	CONTRATO No. 0812 DE 2025-02-25

II. GRADO DE RESPONSABILIDAD

1. Mediante le suscripción de la presente acta parcial de ejecución, el contratista y supervisor y/o interventor del contrato asumen plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida.
2. El supervisor y/o interventor del contrato revisará y verificará que toda la información incluida en esta acta sea correcta y como prueba de ello se firma la misma.

III. INFORMACION DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
NÚMERO DE CONTRATO	0812	PORCENTAJE AVANCE CONTRATO 43.79%	
OBJETO DEL CONTRATO	REALIZAR ANÁLISIS Y EJECUTAR EL ASPECTO LEGAL Y SUSTANCIACIÓN DE LAS ACTUACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL COMPONENTE DE CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD NUTRICIONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD.		
VALOR DEL CONTRATO $28.824.800,00	Veintiocho Millones Ochocientos Veinticuatro Mil Ochocientos Pesos		
EL CONTRATO TIENE ANTICIPOS SI: NO X	TIENE MÁS DE UN ANTICIPO SI: NO: X	PORCENTAJE 0%	
VALOR DEL ANTICIPO 1 0	Cero Pesos		
EL CONTRATO TIENE ADICIONAL SI: NO X	TIENE MÁS DE UN ADICIONAL SI: NO: X		
VALOR ADICIONAL $0,00	Cero Pesos		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO 28.824.800,00	Veintiocho Millones Ochocientos Veinticuatro Mil Ochocientos Pesos		
PLAZO DEL CONTRATO:	Cuatro (4) MESES Y Diecisiete (17) DIAS	FECHA DE LEGALIZACIÓN:	2025-02-27
FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO:	2025-02-27	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025-07-13
PERIODO DE LA PRESENTE ACTA:	DESDE: 2025-03-27	HASTA:	2025-04-26
MODALIDAD DEL CONTRATO:	CONTRATACIÓN DIRECTA		

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
No. CDP	**FECHA**	**CODIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
1400.40.5.2025 - 1009	2025-02-17	2.3.2.02.02.009.19.03.06	COLJUEGOS (máximo el 25 % en los términos del Art. 60 de la Ley 715)	$28.824.800,00

Imputación Presupuestal Información Equivalente Registrada en el Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías - SPGR				
No. CDP	**FECHA**	**CODIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
-	-	-	-	-

REGISTRO PRESUPUESTAL

Imputación Presupuestal Información Sistema Local				
NUMERO RP	**FECHA RP**	**CODIGO RUBRO**	**FUENTE**	**VALOR**
1400.40.10.2025 - 1414	2025-02-26	2.3.2.02.02.009.19.03.06	COLJUEGOS (máximo el 25 % en los términos del Art. 60 de la Ley 715)	$28.824.800,00

Imputación Presupuestal Información Equivalente Registrada en el Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías - SPGR				
NUMERO RP	FECHA RP	CODIGO RUBRO	FUENTE	VALOR
-	-	-	-	-

En la ciudad de Yopal, a los Veintinueve (29) días del mes de Abril de 2025 se reunieron MARTHA MONICA ZAMORA DIAZ, PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A), quien actúa en su calidad de supervisor, y MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 24191755 de SAN LUIS DE PALENQUE, como CONTRATISTA, con el fin de suscribir la presente acta parcial del contrato anteriormente citado; se tiene en cuenta que:

Como Supervisor y/o Interventor, certificó que: MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ, Identificado Con Nit No. 24191755-8 se encuentra afiliado a salud, pensión y riesgos laborales y que realizó el pago de los aportes de salud, pensión y riesgos del mes de MARZO, los cuales están correctamente liquidados y pagados de acuerdo a la normatividad, vigente. Así mismo, en mi calidad de Supervisor y/o Interventor, certifico que el contratista ha cumplido con sus obligaciones contractuales durante el periodo relacionado en la presente acta.

IV. PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

	SALUD	PENSION	ARL
NOMBRE EMPRESA	E.P.S. SANITAS S.A.	PORVENIR S.A.	POSITIVA
NÚMERO PLANILLA	4597262098	4597262098	4597262098
VALOR	$315.600,00	$404.000,00	$13.200,00
VALOR INTERES	$0,00	$0,00	$0,00
PERIODO INICIO	2025-03-01	PERIODO FIN	2025-03-31
VALOR TOTAL	$732.800,00	Base Cotización o IBc	$2.524.800,00
FECHA PAGO	2025-03-28		
NOMBRE EMPRESA	E.P.S. SANITAS S.A.	PORVENIR S.A.	POSITIVA
NÚMERO PLANILLA	4601453564	4601453564	4601453564
VALOR	$315.600,00	$404.000,00	$13.200,00
VALOR INTERES	$0,00	$0,00	$0,00
PERIODO INICIO	2025-04-01	PERIODO FIN	2025-04-30
VALOR TOTAL	$732.800,00	Base Cotización o IBc	$2.524.800,00
FECHA PAGO	2025-04-25		

V. CONTRATOS ADICIONALES, PRORROGAS, SUSPENSIÓN Y/O REINICIO

PRORROGAS

Prórroga No.	Tiempo
-	-

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSION

Acta No.	Tiempo
-	-

VALOR ADICIONES

Adicional No.	Valor (M.L.C.)
-	-

VI. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Alcaldía Municipal de Yopal

ACTA PARCIAL

	Valor	Anticipo	
CONTRATO INICIAL	$28.824.800,00	$0,00	
ADICIONAL	$0,00	$0,00	
TOTAL CONTRATO	$28.824.800,00	$0,00	
	Valor Acta	Amortiza	Valor Pagado
VALOR ACTA No. 1	$6.312.000,00	$0,00	$6.312.000,00
PRESENTE ACTA	$6.312.000,00	$0,00	$6.312.000,00
TOTAL	$12.624.000,00	$0,00	$12.624.000,00
SALDO POR EJECUTAR	$16.200.800,00	$0,00	

VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA $6.312.000,00	Seis Millones Trescientos Doce Mil Pesos

OBSERVACIONES:

EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA A PAZ Y SALVO CON EL MUNICIPIO POR EL CONCEPTO DE ESTAMPILLAS POR UN VALOR DE $ 1.153.000 DE CONFORMIDAD CON EL ACUERDO # 032 de 2020, DISCRIMINANDO DE LA SIGUIENTE MANERA:

ESTAMPILLA PRO-ADULTO MAYOR: $ 865.000
ESTAMPILLA PRO-CULTURA: $288.000
ESTAMPILLA PRO-DEPORTE: $ 00.000

LOS ANTERIORES VALORES FUERON DESCONTADOS Y REFLEJADOS EN EL ACTA PARCIAL 1 DEL CONTRATO 0812 DE 2025.

Dando alcance al numeral III de la presente acta parcial con respecto a la certificación del pago de los aportes al sistema de seguridad social; como supervisor certifico que el contratista realizó los respectivos aportes de acuerdo a la normatividad vigente para los días del mes de MARZO y ABRIL de 2025 con respecto al periodo de esta acta, tal y como se refleja en el detalle del numeral IV. PAGO A SEGURIDAD SOCIAL.

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los Veintinueve (29) días del mes de Abril de 2025.

MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ
CONTRATISTA

MARTHA MONICA ZAMORA DIAZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A)
SUPERVISOR

Alcaldía Municipal de Yopal

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME DE ACTIVIDADES No.	02	FECHA INFORME	29-04-2025

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No DEL CONTRATO Y FECHA	**0812.2025 DEL 25 DE FEBRERO DE 2025**
VALOR DEL CONTRATO	VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ($28.824.800)
CONTRATANTE	ALCALDIA DE YOPAL
CONTRATISTA	MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ
No. DE IDENTIFICACION	**24.191.755**
PLAZO DE EJECUCION	CUATRO (04) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS
SUPERVISOR	**MARTHA MONICA ZAMORA DIAZ**
FECHA DE INICIO	27/02/2025
FECHA DE TERMINACIÓN	13/07/2025
PERIODO DEL INFORME	27/03/2025 – 26/04/2025
OBJETO DEL CONTRATO	**REALIZAR ANÁLISIS Y EJECUTAR EL ASPECTO LEGAL Y SUSTANCIACIÓN DE LAS ACTUACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS COMO CONSECUENCIA DE LAS ACCIONES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL COMPONENTE DE CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD NUTRICIONAL DE LA SECRETARIA DE SALUD.**

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)
ACTIVIDAD 1. Realizar el análisis legal a los conceptos sanitarios derivados de las acciones de inspección, vigilancia y control a establecimientos de alimentos y bebidas, en el marco de la inocuidad alimentaria de conformidad	Se realizó análisis y elaboración de siete (07) autos de inicio y formulación de cargos denominados así: Auto No. SS-011-2025, SS-014-2025, SS-015-2025, SS-016-2025, SS-017-2025, SS-018-2025 y SS-019-2025.	La información descrita para la actividad numero 1 reposa en los expedientes: 2025-008, 2025-009, 2025-010, 2025-011, 2025-012, 2025-013 y 2025-014.

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)
con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Producto: Mínimo siete (7) autos de inicio y formulación de cargos mensuales. Evidencia: Autos de inicio debidamente firmados. Producto: Por lo menos Treinta (30) Autos de Inicio y Formulación de Cargos. Evidencia: Auto de inicio debidamente firmado.		Dicha información también se encuentra en medio magnético.
ACTIVIDAD 2. Realizar el estudio jurídico y la proyección de los actos administrativos de trámite en las diferentes etapas procesales de los procesos sancionatorios como consecuencia de la inspección, vigilancia y control a los establecimientos de alimentos y bebidas del municipio de Yopal. Producto: Mínimo tres (3) autos de pruebas y cierre probatorios mensuales. Evidencia: Autos de prueba y/o cierre probatorio debidamente firmados.	Se realizó el estudio jurídico y la proyección de tres (03) autos de pruebas denominados Auto de Prueba No. SS-012-2025, Auto de Prueba No. SS-013-2025 y Auto de Prueba No. SS-020-2025.	Los actos administrativos de trámite referidos se encuentran en medio físico en los expedientes 2024-016, 2024-012 y 2024-027. Así mismo se encuentran en medio magnético aportado junto con el presente informe.
ACTIVIDAD 3. Proyectar los actos administrativos correspondientes al otorgamiento de las autorizaciones para expendios de carnes y productos cárnicos comestibles que surjan por solicitud directa de los	Realice la revisión de un (01) acto administrativo de otorgamiento de autorizaciones para expendios de carnes y productos cárnicos, denominados Resolución No. 007 del 25 de abril de 2025.	Los actos administrativos aquí proyectados se encuentran en medio físico en el archivo del despacho del Secretario de Salud. De igual forma se encuentra en medio magnético que acompaña este informe.

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)
vigilados o por programación según modelo de IVC Riesgo SOA del INVIMA del Programa de Salud Nutricional. Producto: 100% de los Actos administrativos que soliciten. Evidencia: Resoluciones de otorgamiento de autorizaciones sanitarias para expendios de carne y productos cárnicos comestibles.		
ACTIVIDAD 4. Brindar asistencia jurídica en el desarrollo de los procesos sancionatorios, proyectando los actos administrativos que contienen la decisión en cuanto a su naturaleza, términos y fines dentro de cada actuación de inspección, vigilancia y control, en el marco de la inocuidad alimentaria. Producto: Mínimo siete (7)) actos administrativos de calificación y demás actuaciones surgidas. Evidencia: Resolución de calificación debidamente firmada.	Se brindó asistencia jurídica mediante la proyección de la Resolución No. 006 del 09 de abril de 2025 "Por medio de la cual se califica el proceso sancionatorio No. 2024-013".	El acto administrativo se encuentra en el expediente que contiene el Proceso Sancionatorio No. 2024-013. De igual forma se allega en medio magnético al correo electrónico.
ACTIVIDAD 5. Realizar seguimiento frente a la eficacia del debido proceso como principio orientador de las diligencias administrativas a las acciones de inspección, vigilancia y control, en el marco de la seguridad	Se realizó seguimiento mediante la notificación por aviso en página web. A la fecha no se cuenta con servicio de correspondencia certificada, por lo tanto, no fue posible realizar envíos de citaciones y comunicaciones.	Las notificaciones por aviso en página web reposan en los expedientes de los procesos sancionatorios: 2024-013. Se entrega en medio magnético la evidencia de dichas notificaciones.

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)
alimentaria y nutricional. Producto: 100% Actuaciones administrativas y formatos soportes procesales. Evidencia: Formato de entrega a correspondencia certificada.		
ACTIVIDAD 6. Brindar asistencia profesional en la respuesta a los requerimientos realizados en temas de su competencia, ya sea externos o internos. Producto: Una respuesta por cada requerimiento. Evidencia: Comunicaciones oficiales, capturas de pantallas envíos, y/o actas de reunión y/o registro fotográfico.	En este periodo no se asignó requerimiento alguno para dar respuesta en los temas relacionados a procesos sancionatorios sanitarios.	N/A
ACTIVIDAD 7. Sustentar el avance del proceso sancionatorio del Programa de Salud Nutricional en su componente de calidad e inocuidad de los alimentos, ante el INVIMA en la auditoria anual. Producto: Un expediente por cada proceso sancionatorio y la sustentación del mismo. Evidencia: Expedientes, Documento en Word y Presentación en Power point.	A la fecha no se me ha solicitado la sustentación del avance del proceso sancionatorio del programa Salud Nutricional.	N/A
ACTIVIDAD 8. Elaborar e implementar las acciones de mejora resultantes de los posibles hallazgos que encuentre el INVIMA en sus	A la fecha no he recibido solicitud de las acciones de mejora frente a los posibles hallazgos referidos en la presente actividad.	N/A

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)
auditorías y entregar oportunamente a la Referente del Programa de Salud Nutricional. Producto: Las acciones necesarias para cumplir la mejora implementada. Evidencia: Informe ejecutivo y expedientes.		
ACTIVIDAD 9. Asistir a las capacitaciones que sobre temas relacionados con el proceso sancionatorio programe el INVIMA. Producto: Un informe resumen por cada capacitación a la que asista. Evidencia: Planillas de asistencia, actas de reunión, registro fotográfico.	No he recibido solicitud de asistencia a capacitaciones relacionados con proceso sancionatorio.	N/A
ACTIVIDAD 10. Planear y desarrollar una capacitación sobre el proceso sancionatorio al equipo de trabajo del Programa de Salud Nutricional dentro del periodo de ejecución del contrato. Producto: Un informe resumen por cada capacitación que imparta. Evidencia: Cronograma, planillas de asistencia, actas de reunión, registro fotográfico, presentación en Power Point.	Aun no se ha realizado la presente actividad.	N/A

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	4597262098	MARZO	$ 315.600
PENSION	4597262098	MARZO	$ 404.000
ARL	4597262098	MARZO	$ 13.200

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla N°**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	4601453564	ABRIL	$ 315.600
PENSION	4601453564	ABRIL	$ 404.000
ARL	4601453564	ABRIL	$ 13.200

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: MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ **Identificación: 24191755**	**Firma**:

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

MARTHA MONICA ZAMORA DIAZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 51.903.319, 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. 2 del contrato 0812.2025, los cuales han sido verificados por el suscrito.

Por lo tanto, se solicita a la Secretaría 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: MARTHA MONICA ZAMORA DIAZ**
CARGO:	**CARGO: Profesional Universitario Código 219 Grado 04**
APOYO A LA SUPERVISIÓN	**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24191755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 32 46 10 // 3203062830	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4601453564		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/25		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992446831

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	$ 404.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 404.000	$ 0	$ 404.000
SUBTOTALES:										**$ 404.000**	**$ 0**	**$ 404.000**

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	$ 315.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 315.600	$ 0	$ 0	$ 315.600
SUBTOTALES:													**$ 315.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 315.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 13.200	$ 13.200	$ 0	$ 0	$ 13.200
SUBTOTALES:									**$ 13.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											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 24191755	GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.524.800				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.524.800	$ 404.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.524.800	$ 315.600	$ 0	$ 315.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.524.800	$ 24191755	$ 13.200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 732.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24191755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CRA 32 46 10 // 3203062830	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4597262098	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9992152173

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	$ 404.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 404.000	$ 0	$ 404.000
SUBTOTALES:										**$ 404.000**	**$ 0**	**$ 404.000**

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	$ 315.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 315.600	$ 0	$ 0	$ 315.600
SUBTOTALES:													**$ 315.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 315.600**

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	$ 13.200	$ 13.200	$ 0	$ 0	$ 13.200
SUBTOTALES:									**$ 13.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.200**

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 24191755	GONZALEZ GUAYANEZ MARIA EUGENIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.524.800				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.524.800	$ 404.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 404.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.524.800	$ 315.600	$ 0	$ 315.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.524.800	$ 24191755	$ 13.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 732.800

Planilla Pagada

Alcaldía Municipal de Yopal

CERTIFICACIÓN

1200.120.75

LA SECRETARIA GENERAL A TRAVES DEL PROGRAMA DE ATENCION AL CIUDADANO

Que el señor (a) **MARIA EUGENIA GONZALEZ GUAYANEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **24191755** adscrito (a) a la **SECRETARIA DE SALUD** número de contrato **0812-2025** se encuentra a paz y salvo desde el 27 de marzo del 2025 al 26 de abril del 2025, 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 veintiocho (28) días del mes de abril del 2025.

Leydi Dayan Sanchez
Técnico Administrativo

DAHIANA MELIZA HERRERA QUIJANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO-04