Alcaldía Municipal de Yopal

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME DE ACTIVIDADES No.	DOS (2)	FECHA INFORME	19 DIC 2025

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

No. DEL CONTRATO Y FECHA	2283 DEL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2025
VALOR DEL CONTRATO	QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($15.000.000)
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE YOPAL
CONTRATISTA	GEISON FERNANDO PEREZ GONZALEZ
No. DE IDENTIFICACION	1.057.575.515
PLAZO DE EJECUCION	DOS (02) MESES Y QUINCE (15) DÍAS
SUPERVISOR	JORGE ANDRÉS RODRÍGUEZ GONZÁLEZ - SECRETARIO DE GOBIERNO
FECHA DE INICIO	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN	14 DE DICIEMBRE DE 2025
PERIODO DEL INFORME	30 DE OCTUBRE DEL 2025 AL 29 DE NOVIEMBRE DEL 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES Y ADMINISTRATIVAS DE COMPETENCIA DE LA SECRETARÍA DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE YOPAL EN CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

ACTIVIDAD No.	EJECUCIÓN	EVIDENCIAS
1. Brindar soporte en las actuaciones administrativas y contractuales a cargo de la Secretaría de Gobierno en las fases precontractual, contractual y postcontracual.	En el periodo comprendido del 30 de octubre hasta el 29 de noviembre del 2025, se brindó soporte en las actuaciones administrativas y contractuales a cargo de la Secretaría de Gobierno conforme a lo siguiente: Así mismo se realizó los documentos necesarios para el adicional del contrato 2078.2025 - Acta de reunión - Comunicación oficial - Estudio previo	En la plataforma Transaccional Secop II y en el expediente contractual de cada contratista.
2. Brindar soporte a través de la revisión de las actas parciales, actas de liquidación e informes de supervisión de los contratos de	En el periodo comprendido del 30 de septiembre hasta el 29 de octubre del 2025, lo presente actividad no se llevó a cabo.	No aplica

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

ACTIVIDAD No.	EJECUCIÓN	EVIDENCIAS
competencia de la Secretaría de Gobierno del Municipio de Yopal.		
3. Asistir a las mesas de trabajo que convoque el supervisor en los procesos contractuales que adelante la secretaria de Gobierno.	En el periodo comprendido del 30 de septiembre hasta el 29 de octubre del 2025, la presente actividad no se llevo a cabo.	No aplica

ACREDITACIÓN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL			
Tipo de aporte	**Planilla No.**	**Mes al que corresponde el aporte**	**Valor Pagado**
SALUD	**4635106871**	NOVIEMBRE	$302.100
PENSION	**4635106871**	NOVIEMBRE	$386.700
ARL	**4635106871**	NOVIEMBRE	$12.700
SALUD	**7991183463**	NOVIEMBRE	$275.400
PENSION	**7991183463**	NOVIEMBRE	$352.500
ARL	**7991183463**	NOVIEMBRE	$11500

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: GEISON FERNANDO PEREZ GONZALEZ **Identificación: 1.057.575.515 de Sogamoso**	**Firma**: Geison Perez

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. 2 del contrato 2283 del 29 de septiembre de 2025, 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**

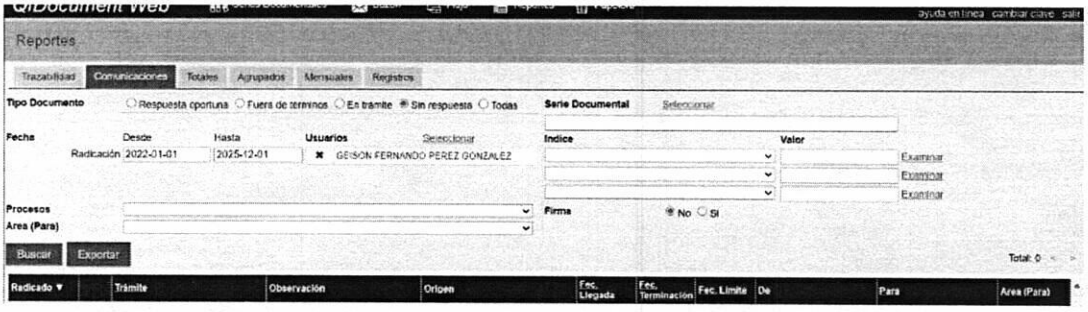
Alcaldía Municipal
de Yopal

CERTIFICACIÓN

1200.120.75

LA SECRETARIA GENERAL A TRAVES DEL PROGRAMA DE ATENCION AL CIUDADANO

Que el señor (a) **GEISON FERNANDO PEREZ GONZALEZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **1057575515** adscrito (a) a la **SECRETARIA DE GOBIERNO** número de contrato **2283-2025** se encuentra a paz y salvo desde el 30 de octubre al 29 de noviembre de 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) al primer (01) día del mes de diciembre del 2025.

Mary Niño Anaya
Profesional Universitario

DAHIANA MELIZA HERRERA QUIJANO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO-04

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057575515
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GEISON FERNANDO PEREZ GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CR 20 86 -45	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		4635106871	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2004796420
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7991183463	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/11/18

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	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 0	$ 384.000	$ 2.700	$ 386.700
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 2.700**	**$ 386.700**

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	$ 300.000	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 300.000	$ 2.100	$ 0	$ 302.100
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 302.100**

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	$ 12.600	$ 12.600	$ 100	$ 0	$ 12.700	
SUBTOTALES:									**$ 12.600**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 12.700**	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	1	$ 14.400	$ 100	$ 14.500
SUBTOTALES:			**$ 14.400**	**$ 100**	**$ 14.500**

LIQUIDACIÓN 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	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	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	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1057575515	PEREZ GONZALEZ GEISON FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.203.000				NO							A											25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.203.000	$ 352.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 352.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.203.000	$ 275.400	$ 0	$ 275.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.203.000	105757551	$ 11.500	30	$ 2.203.000	$CCF69-COMFACASANARE	$ 13.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1057575515	PEREZ GONZALEZ GEISON FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.203.000				NO							C	01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.603.000	$ 736.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 736.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 4.603.000	$ 575.400	$ 0	$ 575.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 4.603.000	105757551	$ 24.100	30	$ 4.603.000	$CCF69-COMFACASANARE	$ 27.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1057575515	PEREZ GONZALEZ GEISON FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.203.000				NO							R	01-30										25-14 COLPENSIONES	0	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 2.400.000	105757551	$ 12.600	0	$ 2.400.000	$CCF69-COMFACASANARE	$ 14.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 716.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057575515
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GEISON FERNANDO PEREZ GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CR 20 #6 -45	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7991183463	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1935479431

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	$ 352.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 352.500	$ 0	$ 352.500
SUBTOTALES:										**$ 352.500**	**$ 0**	**$ 352.500**

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	$ 275.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 275.400	$ 0	$ 0	$ 275.400
SUBTOTALES:													**$ 275.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 275.400**

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	$ 11.500	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:									**$ 11.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	1	$ 13.300	$ 0	$ 13.300
SUBTOTALES:			**$ 13.300**	**$ 0**	**$ 13.300**

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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1057575515	PEREZ GONZALEZ GEISON FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.203.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.203.000	$ 352.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 352.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.203.000	$ 275.400	$ 0	$ 275.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.203.000	105757551	$ 11.500	30	$ 2.203.000	CCF69-COMFACASANARE	$ 13.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 652.700

Planilla Pagada

SOI | Planilla de Seguridad Social

COLPATRIA MULTIBANCA

Certificamos que GEISON FERNANDO con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1057575515, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) GEISON FERNANDO PEREZ GONZALEZ con documento CC 1057575515, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7991183463	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	NOVIEMBRE/2025	Periodo Cotización Salud	NOVIEMBRE/2025
Fecha Pago	2025/11/18	Número de Autorización	1935479431

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	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES		
Administradora	Días Cotizados	Tarifa
CCF69 - COMFACASANARE	30	0,600 %

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

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada