INFORME DE ACTIVIDADES

824

FECHA:	11	12	2020

Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones en el momento de diligenciar este documento:

- Recuerde que este informe debe ser detallado, siendo descriptivo en las actividades que se ejecutaron.
- Este formato puede ser diligenciado a mano en letra imprenta.

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
No DEL CONTRATO Y FECHA	**0573 26 MAYO DE 2020**
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($35.000.000)
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE YOPAL
CONTRATISTA	ADY WILSON RIVERA DIAZ
No. DE IDENTIFICACION	**9.395.615**
PLAZO DE EJECUCION	SIETE (7 MESES)
SUPERVISOR	**SECRETARIO DE GOBIERNO**
FECHA DE INICIO	08 DE JUNIO DE 2020
PERIODO DEL INFORME	**01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2020**
OBJETO DEL CONTRATO	APOYO PROFESIONAL PARA LA REVISIÓN DEL COMPONENTE JURÍDICO DE TODAS LAS ACCIONES SE DESARROLLEN DESDE LA SECRETARIA DE GOBIERNO PARA LA PRESERVACIÓN DEL ORDEN PÚBLICO, LA SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA 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)	**INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD**
ACTIVIDAD No 1. Apoyo profesional para la revisión del componente jurídico de todas las acciones se desarrollen desde la secretaria de Gobierno para la preservación del orden público, la seguridad y convivencia ciudadana en el municipio de Yopal.	En el periodo comprendo entre el 01 de Noviembre al 30 de Noviembre de 2020 se realizó el apoyo profesional para la revisión del componente jurídico de todas las acciones desarrolladas en el programa de Seguridad y Convivencia Ciudadana.	Medio magnético Un (1) CD. Carpeta No. 1

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)	**INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD**
ACTIVIDAD No 2. Realizar la revisión, análisis y dar respuesta en los aspectos jurídicos de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes que formule la comunidad en relación al desarrollo de acciones de preservación del orden público, la seguridad y convivencia ciudadana en el municipio de Yopal.	En el periodo comprendido entre el 01 de Noviembre al 30 de Noviembre no se realizó esta actividad, debido a que no fueron asignadas solicitudes, quejas y reclamos para responder por parte del supervisor del contrato.	N / A
ACTIVIDAD No 3. Apoyo profesional para orientar a los profesionales de la secretaria de gobierno para favorecer la certeza jurídica al desarrollo de acciones de preservación del orden público, la seguridad y convivencia ciudadana en el municipio de Yopal.	El día 24 de Noviembre de 2020, dando cumplimiento a mis actividades se llevó a cabo consejo de Seguridad Ordinario del mes de Noviembre, donde se contara con la visita del señor viceministro.	Medio magnético Un (1) CD. Carpeta No. 3
ACTIVIDAD No 4. Apoyo profesional para el seguimiento a la ejecución de recursos del fondo de seguridad en el marco del desarrollo de acciones de preservación del orden público, la seguridad y convivencia ciudadana en el municipio de Yopal, a través de la ficha de control de recursos.	En el periodo comprendido entre el 01 de Noviembre al 30 de Noviembre no se realizó esta actividad, debido a que la Administración Municipal, no adelanto ningún proceso contractual con recursos del fondo de seguridad.	N/A
ACTIVIDAD No 5. Los demás acordes a la ejecución de las actividades y el objeto contractual.	El día 04 de Noviembre de 2020, dando cumplimiento a mis actividades se llevó a cabo mesa de trabajo de control y seguimiento del programa de seguridad y convivencia ciudadana. El día 09 de Noviembre de 2020, dando cumplimiento a mis actividades se llevó a cabo mesa de trabajo de control y seguimiento del programa de seguridad y convivencia ciudadana. El día 07 de Noviembre de 2020, dando cumplimiento a mis actividades	Se anexa archivo Excel - Medio magnético Un (1) CD. Carpeta No. 5

INFORME DE ACTIVIDADES

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)	INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACION Y SU UBICACIÓN FISICA Y/O VIRTUAL QUE SOPORTE ESTA ACTIVIDAD
	se llevó a cabo mesa de trabajo de control y seguimiento del programa de seguridad y convivencia ciudadana. El día 23 de Noviembre de 2020, dando cumplimiento a mis actividades se llevó a cabo mesa de trabajo de control y seguimiento del programa de seguridad y convivencia ciudadana.	

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	SE ANEXA PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL MES DE NOVIEMBRE CON No. 7772330137 (SALUD, PENSIÓN, ARL) CON FECHA DE 03 DE DICIEMBRE DE 2020.
FIRMA **Nombre** **Identificación del Contratista**	ADY WILSON RIVERA DIAZ 9.395.615 DE SOGAMOSO - BOYACA

SUPERVISION POR EL MUNICIPIO

VoBo REVISION TECNICA: (APOYO A LA SUPERVISION CONTRATO No. Xxx/13) **Nota:** Este campo aplica siempre y cuando exista un contrato de apoyo a la supervisión, de lo contrario no diligenciar.	**FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**
NOMBRE:	**HUGO ALONSO ARCHILA SUAREZ**
CARGO:	**SECRETARIO DE GOBIERNO**

icontec
ISO 9001
SC-CER 346073

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9395615
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			ADY WILSON RIVERA DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO.-21-10 MEZANINE	TELÉFONO:	2300000
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:			7772330137	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/12/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			820412288

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	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 0**	**$ 320.000**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.000**

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	$ 10.500	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 10.500
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.500**

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	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	Vr UPC	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 9395615	RIVERA DIAZ ADY WILSON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 9395615	$ 10.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 580.500**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9395615
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ADY WILSON RIVERA DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 6 NO.-21-10 MEZANINE	TELÉFONO:	2300000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7772330137**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		820412288

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000
SUBTOTAL:			1	**$ 320.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 250.000
SUBTOTAL:			1	**$ 250.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 10.500
SUBTOTAL:			1	**$ 10.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 580.500**