1/3/22, 16:17 Sticker web

Alcaldía Local de Mártires
R No. 2022-641-001114-2
2022-03-01 16:15 - Folios: 9 Anexos: 0
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: HANS SNEIDER CABARCAS TOR

Bogotá, D.C., 01 de marzo de 2022

Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES
Ciudad.

REF: Presentación de Informe de actividades del periodo comprendido entre el día veintiocho (28) de enero de 2022, hasta el treinta y uno (31) de enero de 2022 y del primero (01) de febrero de 2022 hasta el (28) de febrero de 2022

Cordial saludo,

En relación al asunto anexo informe de actividades 01 que comprende lo realizado en el período comprendido entre el día veintiocho (28) de enero de 2022, hasta el treinta y uno (31) de enero de 2022 y del (01) de febrero del 2022 hasta el (28) de febrero de 2022 Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento al objeto del Contrato de Prestación de Servicios **No.** FDLM-041-2022

Así mismo adjunto el pago al sistema general de Pensión, Salud y ARL, para los fines y trámites correspondientes.

Cordialmente,

Nombre: Hans sneider cabarcas toros
Firma
Cc 1.019.088.888

CUENTA DE COBRO No. 01

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES

DEBE A:

Hans sneider cabarcas toros
C.C. 1.019.088.888 de Bogotá

LA SUMA DE:

Dos millones doscientos quinientos cuatro mil setecientos pesos MCTE

$ 2504700

POR CONCEPTO:

Labores realizadas según el contrato de prestación de servicios **No. FDLM-041-2022** que se relacionan en el informe de actividades **No 1.** Periodo comprendido entre el día veintiocho (28) de enero de 2022, hasta el treinta y uno (31) de enero de 2022 y el (01) de febrero de 2022 hasta el (28) de febrero de 2022

Favor girar los recursos en la:

Cuenta de Ahorro, 0550477800036584, Davivienda

Cordialmente,

Hans sneider cabarcas toros
C.C. 1019088888 de Bogotá

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato _FDLM-041-2022

Yo, _Hans sneider cabarcas toros_, identificado con cédula de ciudadanía No _1.019.088.888_expedida en la ciudad de _Bogota_Dc_.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Soy Declarante de Renta año **2021**		X
Debo presentar Declaración de Ingresos de vigencia anterior por contratos superiores a 3500 UVT		X
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta		X
Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016.

CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		X
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **2021** (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2021** (Anexar certificación en la primera cuenta)		X

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)		X

Se expide y firma a los 1 días del mes de marzo del 2022.

Firma: _____

Nombre: hans sneider cabarcas toros
C.C: 1.019.088.888
Dirección laboral: Av. Calle 19 #28-80 Centro Mall Plaza Piso 6 Torre parqueaderos
Teléfono laboral: 3142707679
Correo : hcabarcas@unal.edu.co

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **24/02/2022**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HANS SNEIDER CABARCAS TOROS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1019088888**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550477800036584**
Fecha de apertura	**30/09/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° FDLM-057-2022 (68212) de FECHA 01 de marzo de 2022, que suscribí con la FONDO DESARROLLO LOCAL MARTIRES, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO
	1	3	2022

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Hans sneider cabarcas toros	1019088888	Almacen	3142707679

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

N/A Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

N/A **Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.**

Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

* Nombre del estudiante
* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria

N/A Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisito:

* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal

N/A El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

* Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

N/A Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

uisito:

* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITOS: Se acepta con los documentos requeridos en cada caso, se debe radicar por una sola vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES - APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales. Articulo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, **Hans sneider cabarcas toros** , identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1019088888, me permito informar que actualmente **SI**_____ **NO**___**X**__, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 01 de 03 de 2022.

Firma:
Nombre: **Hans sneider cabarcas toros**
C.C: 1019088888 de Bogotá
Dirección de Residencia: cra 110 136 a 09
Teléfono de contacto: 3142707679
Correo electrónico institucional:
Correo electrónico de notificación: hcabarcas@unal.edu.co

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ACTA DE INICIO

Contrato No:	**FDLM-041-2022**
Tipo de Contrato:	**PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN**
Objeto del contrato:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO EN LAS DIFERENTES TAREAS DE BODEGAJE, TRASLADOS, MONTAJES Y DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS A CARGO DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES
Nombre del Contratista:	HANS SNEIDER CABARCAS TOROS
Identificación del Contratista:	C.C. 1.019.088.888 de Bogotá.
Fecha de inicio:	28 DE ENERO DEL 2022
Plazo de ejecución:	NUEVE (9) MESES
Fecha prevista de terminación:	27 DE OCTUBRE DEL 2022
Valor del Contrato:	$ 20.493.000
No. Certificado Registro Presupuestal:	No. 83 del 28 de enero de 2022
Póliza:	SEGUROS DEL ESTADO N° 14-46-101066725

En las instalaciones de la Alcaldía Local de los Mártires, se reunieron el Doctor **JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN**, Alcalde Local de los Mártires en representación legal del **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES** y el señor HANS SNEIDER CABARCAS TOROS mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía. N° 1.019.088.888 en calidad de Contratista, y de esta forma dar inicio a la ejecución del Contrato anteriormente relacionado.

La presente se firma por quienes en esta intervinieron, el día 28 de enero del 2022.

Por la Alcaldía Local de los Mártires,

JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN
Alcalde Local de Los Mártires

contratista,

HANS SNEIDER CABARCAS TOROS
C.C. 1.019.088.888 de Bogotá.

Proyecto: Mayra Alejandra Cabarcas Cárdenas
Revisó: Margarita Rico Pinto – Profesional

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): HANS SNEIDER CABARCAS TOROS
No. Identificación: CC1019088888
Dirección: CR 112 B 135 39
Telefono: 3142707679
Correo: H-SNEIDER_93@HOTMAIL.ES
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 57027488

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	HANS SNEIDER CABARCAS TOROS
Tipo y número de identificación	CC1019088888
Número de planilla	57027488
Fecha pago	2022-02-25
Número de autorización pago	1109040
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2022
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2022
Número de Administradoras	2
Total Pagado	285000
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	160000	1
EPS008	Compensar EPS	125000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019088888
APELLIDOS Y NOMBRES: HANS SNEIDER CABARCAS TOROS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1000000	1000000	0	0	125000	0	160000	0	0	0

compensar miplanilla.com **PLANIL INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION : APORTES**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019088888	HANS SNEIDER CABARCAS TOROS	CR 112 B 135 39	3142707679	H-SNEIDER_93@HOTMAIL.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I		57046205	$31.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	13.900	0		0		0	0	0	0	13.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	17.800	0	0	0	0	0	0		17.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	13.900	13.900
Pensión	1	17.800	17.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	31.700	31.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

compensar miplanilla.com

PLANIL INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019088888	HANS SNEIDER CABARCAS TOROS	CR 112 B 135 39	3142707679	H-SNEIDER_93@HOTMAIL.ES	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-01	2022-01	I		57046205	$31.700

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1019088888	CABARCAS TOROS HANS SNEIDER	3	0			N	X																230301	110.800	17.800	0	0	0	0	EPS008	110.800	13.900		0	3	0		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D C

ACTA DE INICIO

Contrato No:	**FDLM-041-2022**
Tipo de Contrato:	**PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN**
Objeto del contrato:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO EN LAS DIFERENTES TAREAS DE BODEGAJE, TRASLADOS, MONTAJES Y DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS A CARGO DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES
Nombre del Contratista:	HANS SNEIDER CABARCAS TOROS
Identificación del Contratista:	C.C. 1.019.088.888 de Bogotá.
Fecha de inicio:	28 DE ENERO DEL 2022
Plazo de ejecución:	NUEVE (9) MESES
Fecha prevista de terminación:	27 DE OCTUBRE DEL 2022
Valor del Contrato:	$ 20.493.000
No. Certificado Registro Presupuestal:	No. 83 del 28 de enero de 2022
Póliza:	SEGUROS DEL ESTADO N° 14-46-101066725

En las instalaciones de la Alcaldía Local de los Mártires, se reunieron el Doctor **JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN**, Alcalde Local de los Mártires en representación legal del **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES** y el señor HANS SNEIDER CABARCAS TOROS mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía. N° 1.019.088.888 en calidad de Contratista, y de esta forma dar inicio a la ejecución del Contrato anteriormente relacionado.

La presente se firma por quienes en esta intervinieron, el día 28 de enero del 2022.

Por la Alcaldía Local de los Mártires,

JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN
Alcalde Local de Los Mártires

contratista,

HANS SNEIDER CABARCAS TOROS
C.C. 1.019.088.888 de Bogotá.

Proyecto: Mayra Alejandra Cabarcas Cárdenas
Revisó: Margarita Rico Pinto – Profesional