| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>GESTION HACIENDA PÚBLICA CONTABILIDAD GENERAL Y COSTOS | SISTEMA DE GESTION<br>SGC - MECI - SISTEDA<br><br>**FORMATO**<br>**CERTIFICACIÓN ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | MAHP03.03.01.18.P01.F01 | |
| | | VERSIÓN | 4 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 18/Junio/2013 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PERIODO** | **OCTUBRE DE 2022** | **CUOTA No.** | **1** |
| **FECHA (DD/MM/AA)** | **31 DE OCTUBRE DE 2022** | | |
| **NUMERO DEL CONTRATO** | **21.1.7.1.478-2022** | | |

| | |
|---|---|
| **INFORME DE ACTIVIDADES DEL PERIODO** | Realizó las siguientes Actividades<br><br>• Brindé apoyo técnico en la compilación y consolidación de la información necesaria para la construcción del informe de gestión de la oficina de Talento Humano, correspondiente a la vigencia 2022.<br><br>• Apoyé con la realización de la presentación de la oficina de Talento Humano para la auditoría de Seguimiento I de la Recertificación de Calidad del Concejo por la firma Bureau Veritas.<br><br>• Brindé apoyo en las actividades realizadas por la oficina de talento humano, encaminadas a mejorar el clima organizacional de la entidad como la evaluación de los puestos de trabajo de los funcionarios y contratistas.<br><br>• Apoyé las demás actividades asignadas por el supervisor. |
| **SEGURIDAD SOCIAL** | Adjunto planilla de pago de Seguridad Social No **XXXXXXX** correspondiente a los aportes del mes de **XXXX** de **20XX**, en los términos legales. |
| **CERTIFICACION DEL SUPERVISOR** | Certifico que el (la) contratista cumplió el objeto del contrato en el periodo, como también doy constancia que los documentos de aportes al sistema de seguridad social (ARL, salud y pensión) cumplen con lo establecido en las normas vigentes. |

| **Para efectos de disminución de la base de retención en la fuente, anexo copia legible de los siguientes documentos:** | **SI** | **NO** |
|---|---|---|
| a- Recibo de consignación en mi cuenta de Apoyo al Fomento de la Construcción AFC del periodo de la cuota | | **X** |
| b- Recibo de consignación en mi cuenta del Fondo de Pensiones Voluntarias del periodo de la cuota | | **X** |
| c- Recibo de pago del plan de medicina prepagada correspondiente al periodo de la cuota | | **X** |

| | |
|---|---|
| Sandra P. Sandoval C. | |
| **SANDRA PATRICIA SANDOVAL C**<br>**JEFE OFICINA TALENTO HUMANO** | **DIEGO FERNANDO SOTO PANTOJA**<br>**C.C. No.1143.945.387 de Cali.** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Elaborado por: Jorge A. Ordoñez Diaz | Contador Publico - Contratista | Fecha: 18/Jun/2013 | Firma |
| Revisado por: Hugo Antonio Gomez G. | Cargo: Contador Concejo Municipal | Fecha: 18/Jun/2013 | Firma |
| Aprobado por:Francisco Mejia Yepes | Cargo: Jefe de Oficina de Contabilidad | Fecha: 18/Jun/2013 | Firma |