CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ, 09 DE DICIEMBRE DE 2024 **CUENTA DE COBRO NUMERO** 1

Yo **JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ** **identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se encuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:**

SI [x] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

SI [ ] **NO** [X] he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES
NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A:

JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ C.C. 86.068.147

Por Concepto de: **APOYAR EL CUBRIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, CRONOGRAMAS Y AGENDA DE LA ALCALDÍA LOCAL A NIVEL INTERNO Y EXTERNO, ASÍ COMO LA GENERACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL(LOS) PROYECTO(S) 2099**

Periodo comprendido entre: noviembre 01 del 2024 a noviembre 14 del 2024

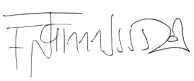
La suma de: **$ 2.551.733** DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS

Tipo de Contrato Prestación de servicios **FDLM-CPS-275-2024 25/10/2024** Pago No 1 DE 4

Planilla Pago de seguridad Social No	81770988	Y	82482217
Periodo cotizado	NOVIEMBRE	Y	NOVIEMBRE
Fecha de pago	14/11/2024	Y	09/12/2024
Ingreso Base de Cotización	$933.334	Y	$ 86.875
IBC SEGÚN VALOR COBRADO			**$ 1.020.709**

Favor Consignar en Banco: Caja social Cuenta AHORROS No 24074965320

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios FDLM-CPS-P- -275-2024 (116071), celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.



FIRMA:

DIRECCION: CALLE 19B 81 B 30 TELEFONO: 3142460828

Correo electrónico contacto: JOTA288@GMAIL.COM

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1 **PERÍODO 01 de noviembre del 2024 AL 14 de noviembre del 2024**	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	275 DE 2024 25 DE OCTUBRE DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	86.0680147 de Villavicencio
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$21.872.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$2.551.733
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	023011605570000002099
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE NOVIEMBRE DEL 2024
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	28 DE FEBRERO DEL 2025
OBJETO DEL CONTRATO	APOYAR EL CUBRIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, CRONOGRAMAS Y AGENDA DE LA ALCALDÍA LOCAL A NIVEL INTERNO Y EXTERNO, ASÍ COMO LA GENERACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL(LOS) PROYECTO(S) 2099

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Contribuir y apoyar a la Alcaldía Local con el diseño o desarrollo de piezas gráficas y/o audiovisuales para los contenidos en los canales de difusión, redes sociales y pagina web del Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires.	1.1 Realice videos y registros fotográficos por cada una de las actividades adelantadas: 1.2 Realice Registro fotográfico en el salón comunal Santa Fe, en Presupuestos Participativos, donde las Personas Mayores ven las necesidades de la comunidad y seleccionan cinco (5) iniciativas las cuales son elegidas por votación (07 de noviembre)	1. Tres registros fotográficos las demás imágenes reposa en el banco de imágenes de la oficina de comunicaciones y prensa	Carpeta Evidencias - Actividad 1
Apoyar en la caracterización gráfica de las campañas de la Alcaldía Local con el fin de lograr uniformidad en los mensajes y mantener un cronograma actualizado de las fechas de solicitud y entrega de las respectivas piezas.	2.1 Realice videos y registros fotográficos por cada una de las actividades adelantadas: 2.2 Realice Registro fotográfico en el salón comunal Santa Fe, de los ejercicios y estiramientos pensando en el tiempo que se le toma cada una de las Personas Mayores en decidir y votar. (07 de noviembre)	2. Tres registros fotográficos, las demás imágenes reposan en el banco de imágenes de la oficina de comunicaciones y prensa.	Carpeta Evidencias - Actividad 2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Apoyar la difusióny distribución de las piezas gráficas y/o audivisuales elaboradas para la estrategia digital y las campañas internas y externas de la Alcaldía Local.	3.1 Realice videos y registros fotográficos por cada una de las actividades adelantadas. 3.2 Asistí a la Plaza de mercado de Paloquemao donde se llevó a cabo JAL al barrio, donde todos los ediles recorren los diferentes barrios y puntos de la localidad, para realizar las sesiones ordinarias y así hacer partícipe a los habitantes del sector.(13 de noviembre)	3. Tres registros fotográficos de las actividades realizadas, las demás imágenes reposan y reel reposan en el banco de imágenes de la oficina de comunicaciones y prensa.	Carpeta Evidencias - Actividad 3
Asistir la producción de contenidos audiovisuales en diferentes plataformas, tales como animación y video, en diversos medios y soportes	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A
Apoyar en diseño y montaje de piezas audiovisuales para la divulgación delas diferentes campañas y proyectos de la entidad.	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Apoyar en la realización de la conceptualización de contenidos y proyectos para su realización audiovisual.	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A
Cumplir con el acuerdo de confidencialidad suscrito con la Entidad, en desarrollo de las obligaciones del contrato.	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A
Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Asistí a la reunión programada, para realizar el cronograma de las actividades a realizar en el mes de noviembre (1 de noviembre)	Se adjunta acta de reunión.	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
INFORMACION ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	COMPENSAR	**POSOTIVA**	**PROTECCION**
FIRMAS			

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: 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.	**CONTRATISTA** **Firma: JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ** **Nombre:** **Cédula: 86.068.147**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: JOHN JADER SUAREZ DELGADO** **Cargo: ALCALDE Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN** **Nombre: ERIKA ANDREA RISCANEVO VIRACACHA** **Cargo: CONTRATISTA** **Firma:** Erika Andrea Riscanevo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86068147	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ	CL 60 A SUR 79D-02	3941112	JOTA288@GMAIL.COM	
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	
2024-11	2024-11	I	14/11/2024	81770988	$294.600	

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	116.700	0		0		0	0	0	0	116.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	149.400	0	0	0	0	0	0		149.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.800				9.800	0	0	9.800			98	9.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	18.700	0	0	18.700	1

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	116.700	116.700
Pensión	1	149.400	149.400
Riesgos Laborales	1	9.800	9.800
CCF	1	18.700	18.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	294.600	294.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86068147	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ		CL 60 A SUR 79D-02	3941112	JOTA288@GMAIL.COM	
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
2024-11	2024-11	I	14/11/2024	81770988	$294.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suspendido	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
1	CC	86068147	HERNANDEZ PEREZ JOHN FREDY	59	0			N	X																230201	933.334	149.400	0	0	0	0	EPS008	933.334	116.700	14-23	933.334	2	9.800	CCF22	933.334	18.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86068147	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ	CL 60 A SUR 79D-02	3941112	JOTA288@GMAIL.COM	
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
81770988	14/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	N	09/12/2024	82482217	$27.500	

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	10.900	0		0		0	0	0	0	10.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	13.900	0	0	0	0	0	0		13.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	900				900	0	0	900			9	900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.800	0	0	1.800	1

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	10.900	10.900
Pensión	1	13.900	13.900
Riesgos Laborales	1	900	900
CCF	1	1.800	1.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	27.500	27.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86068147	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ		CL 60 A SUR 79D-02	3941112	JOTA288@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
81770988	14/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	N	09/12/2024	82482217	$27.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Es extranjero	Cotiza en el exterior	Empleado de	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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
1	CC	86068147	HERNANDEZ PEREZ JOHN FREDY	59	0			N	X																230201	1.020.209	163.300	0	0	0	0	EPS008	1.020.209	127.600	14-23	1.020.209	2	10.700	CCF22	1.020.209	20.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

periodo comprendido entre 01 de noviembre del 2024 y el 14 de noviembre del 2024

Contrato:	No.275 del 2024
Tipo de Contrato:	Contrato de Prestación de Servicios
Contratista:	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ
Cédula o NIT	No. 86.068.147
Objeto:	APOYAR EL CUBRIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, CRONOGRAMAS Y AGENDA DE LA ALCALDÍA LOCAL A NIVEL INTERNO Y EXTERNO, ASÍ COMO LA GENERACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL(LOS) PROYECTO(S) 2099
Plazo del contrato:	4 meses
Fecha iniciación:	01/11/2024
Fecha de terminación:	28/02/2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	$21.872.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	$2.551.733 Pago 1
Numero de PIN:	81770988 - 82482217
Periodo cotizado.	noviembre 2024

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.
En constancia se firma a los 09 días del mes de diciembre del 2024

Interventor o Supervisor,

Erika Andrea Riscanevo

ERIKA ANDREA RISCANEVO VIRACACHA
C.C. No.1.033.731.222 de Bogotá

JOHN JADER SUAREZ DELGADO
C.C. No. 11.605.534 de Melgar Tolima

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

Bogotá D. C.,

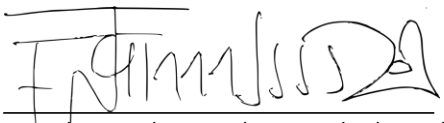
Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, JOHN FREDY HERNADNEZ PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 86.068.147, me permito informar que actualmente SI_X_ NO_, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales que se relacionan a continuación:

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO (VIGENTES)	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1	CONTRALORIA DE BOGOTA	442	5 MESES	$25.000.000	01/08/2024	31/12/2024
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 09 de diciembre de 2024.



Nombre: John Fredy Hernández Pérez
C.C: 86.068.147
Dirección laboral: cc Mall plaza, Torre de los parqueaderos 6to piso
Teléfono laboral: 3142460828
Correo electrónico institucional: jota288@gmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 275 de 2024

Yo, JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 86.068.147 expedida en la ciudad de Villavicencio

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		**X**
Soy Declarante de Renta año 2023	**X**	
He contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		**X**
Declaro que el 80% o más de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica	X	

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional 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 Nacional No. 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se podrá aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

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

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA?		**X**
¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción-?		**X**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?		**X**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?		**X**
DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	**SI**	**NO**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago?		**X**
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT?	**X**	

Se expide y firma a los 09 días del mes de diciembre del 2024.

Firma:

Nombre: John Fredy Hernández
C.C: 86.068.147
Dirección laboral: cc Mall plaza, Torre de los parqueaderos 6to piso
Teléfono laboral: 3142460828
Correo electrónico institucional: John.hernandez@gobiernobogota.gov.co
Correo personal:jota288@gmail.com

BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO	**SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**	Código: GCO-GCI-F137 Versión: 03 Vigencia: 07 de febrero de 2022 Caso HOLA: 225687

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° 275 de 01 /11/2024 que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, 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).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD	9 [9]	**12**	**2024**

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	**CÉDULA N°**	**UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO**	**TELÉFONO**
JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ	86.068.147	Av cra 30 #19 - cc Mall plaza	3142460828

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**
ALAN FELIPE JERNANDEZ PARRA	HIJO	10 AÑOS	0
ABBY JULIANA HERNANDEZ PARRA	HIJA	2 AÑOS	0

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

X	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 o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados
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 o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o
Requisito:	* Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito. * Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito * Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o 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 o psicológicos
N/A	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el
Requisito:	* 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

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.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1021317229

Indicativo Serial 51143485

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 7 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 6 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C NOTARIA 7 DE BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	PARRA

Nombre(s)

ALAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes JUL Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR. WILSON ORDUÑA RM 1098616100	13062846-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRA RODRIGUEZ YINETH PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.1.012.388.062 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PEREZ JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.86.068.147 DE VILLAVICENCIO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PEREZ JOHN FREDY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.N. 86.068.147 DE VILLAVICENCIO	x 86068.147

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes JUL Día 25	DENIS MARITZA OBANDO CABRERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma 86068147	DENIS MARITZA OBANDO CABRERA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.V.T.82 F. 245

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

51143485

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55726856

NUIP: 1021319657

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código: A 6 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 7 BOGOTA DC * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ * * * * * * * * * * * * *	PARRA * * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

ABBY JULIANA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * *	172923129 * * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRA RODRIGUEZ YINETH PAOLA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1012388062 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PEREZ JOHN FREDY *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 86068147 *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PEREZ JOHN FREDY *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 86068147 *	86068.147

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de inscripción

Año 2022 Mes JUL Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE NIRIO CIFUENTES MORALES (E)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

86068.147

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JOSE NIRIO CIFUENTES MORALES (E)

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LV T.125 F.25 NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES MEDIANTE CIRCULAR 037 DEL 27-03-2020 DE LA RNC Y SNR;25/07/2022

ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORME FINAL DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
No. CONTRATO Y FECHA	275 DE 2024 25 DE OCTUBRE DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	APOYAR EL CUBRIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES, CRONOGRAMAS Y AGENDA DE LA ALCALDÍA LOCAL A NIVEL INTERNO Y EXTERNO, ASÍ COMO LA GENERACIÓN DE CONTENIDOS PERIODÍSTICOS DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL(LOS) PROYECTO(S) 2099
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JOHN FREDY HERNANDEZ PEREZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	86.0680147 de Villavicencio
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 MESES
VALOR INICIAL	$21.872.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	02-30-11-605570000002099
RP DEL CONTRATO INICIAL (No. y fecha)	865 - 30 DE OCTUBRE DEL 2024
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE NOVIEMBRE DEL 2024
PRORROGAS	N/A
ADICIÓNES (cuando aplique)	N/A
RP DE LA ADICIÓN (No. y fecha)	N/A
VALOR TOTAL	$21.872.000
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	28 DE FEBRERO DEL 2025
PÓLIZAS	39-44-101166091 Fecha de aprobación: 01/11/2024 Cumplimiento 25/10/2024 – 31/08/2025 Calidad 25/10/2024 – 31/08/2025
FECHA DILIGENCIAMIENTO FORMATO CONTROL DE RETIRO GCO-GCI-F102	15 DE NOVIEMBRE DEL 2024

ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	**JOHN JADER SUAREZ DELGADO**
NO. DE CERTIFICADOS DE CUMPLIMIENTO CARGADOS EN SECOP	0

PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA SEGÚN LO PACTADO		
NÚMERO DE ORDENES DE PAGO	**FECHA**	**VALOR**
Primera orden de pago No. _____		

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

BLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Contribuir y apoyar a la Alcaldía Local con el diseño o desarrollo de piezas gráficas y/o audiovisuales para los contenidos en los canales de difusión, redes sociales y pagina web del Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires.	1.1 Realice videos y registros fotográficos por cada una de las actividades adelantadas: 1.2 Realice Registro fotográfico en el salón comunal Santa Fe, en Presupuestos Participativos, donde las Personas Mayores ven las necesidades de la comunidad y seleccionan cinco (5) iniciativas las cuales son elegidas por votación (07 de noviembre)	1. Tres registros fotográficos las demás imágenes reposa en el banco de imágenes de la oficina de comunicaciones y prensa	Carpeta Evidencias - Actividad 1
Apoyar en la caracterización gráfica de las campañas de la Alcaldía Local con el fin de lograr uniformidad en los mensajes y mantener un cronograma actualizado de las fechas de solicitud y entrega de las respectivas piezas.	2.1 Realice videos y registros fotográficos por cada una de las actividades adelantadas: 2.2 Realice Registro fotográfico en el salón comunal Santa Fe, de los ejercicios y estiramientos pensando en el tiempo que se le toma cada una de las Personas Mayores en decidir y votar. (07 de noviembre)	2. Tres registros fotográficos, las demás imágenes reposan en el banco de imágenes de la oficina de comunicaciones y prensa.	Carpeta Evidencias - Actividad 2

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

BLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Apoyar la difusióny distribución de las piezas gráficas y/o audivisuales elaboradas para la estrategia digital y las campañas internas y externas de la Alcaldía Local.	3.1 Realice videos y registros fotográficos por cada una de las actividades adelantadas. 3.2 Asistí a la Plaza de mercado de Paloquemao donde se llevó a cabo JAL al barrio, donde todos los ediles recorren los diferentes barrios y puntos de la localidad, para realizar las sesiones ordinarias y así hacer partícipe a los habitantes del sector.(13 de noviembre)	3. Tres registros fotográficos de las actividades realizadas, las demás imágenes reposan y reel reposan en el banco de imágenes de la oficina de comunicaciones y prensa.	Carpeta Evidencias - Actividad 3
Asistir la producción de contenidos audiovisuales en diferentes plataformas, tales como animación y video, en diversos medios y soportes	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A
Apoyar en diseño y montaje de piezas audiovisuales para la divulgación delas diferentes campañas y proyectos de la entidad.	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

BLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Apoyar en la realización de la conceptualización de contenidos y proyectos para su realización audiovisual.	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A
Cumplir con el acuerdo de confidencialidad suscrito con la Entidad, en desarrollo de las obligaciones del contrato.	No realice ninguna actividad en es obligación.	N/A	N/A
Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Asistí a la reunión programada, para realizar el cronograma de las actividades a realizar en el mes de noviembre (1 de noviembre)	Se adjunta acta de reunión.	N/A

ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

CONCLUSIONES:
Yo _ JOHN JADER SUAREZ DELGADO en calidad de Supervisor/ Interventor del contrato No. 275 de 2024, certifico que el contratista cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones del contrato, quedando las partes a (paz y salvo o quedando un saldo por ejecutar a favor de la SDG ó a favor del Contratista, según corresponda) y con el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social, de acuerdo con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007

OBSERVACIONES:

El contrato fue cedido a partir del 19 de noviembre de 2024

Para su constancia, se firma en Bogotá a los 09 días del mes de diciembre del 2024

JOHN JADER SUAREZ DELGADO
SUPERVISOR/ INTERVENTOR

Proyectó: John Fredy Hernández
Revisó y aprobó Erika Andrea Riscanevo Viracacha

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

Código GCO-GCI-F102
Versión: 4
Vigencia 15 septiembre de 2021
Caso HOLA: 189189

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO / ALCALDÍA LOCAL DE xxxx
CERTIFICA QUE:

Fecha: 15/11/2024 Dependencia: Oficina Comunicaciones y Prensa

El(la) señor(a): John Fredy Hernández Pérez

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 86068.147 de Villavicencio

Correo Personal : jota2886@gmail.com Celular : 3142460828

Direccion para notificación (puede ser el correo personal): jota2886@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Contrato No. 275 - 2024 Proyecto No. _____

Desde: 01 de noviembre Hasta: 14 de noviembre

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD

( ) Terminación de contrato (X) Cesión de contrato Otra: _____

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? SÍ _____ NO X CÚAL? _____

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificó Luis M Luna Nombre	Observaciones **ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO:** **BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:**
APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Supervisor Orfeo Heidi Daroy 14/11/2024	Observaciones No tiene usuario de ORFEO 14/11/2024 **A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacías**

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/AREA DE GESTION DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL CONS 1789. Verificó Nombre	Observaciones No tiene elementos a cargo 13-11-2024
ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL Verificó Nombre	Observaciones No tiene elementos a cargo Nivel Central 13-11-2024
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Carné Verificó Nombre Erika Andrea Bocanegra	Observaciones Entrega Carné
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificó Nombre 13-11-2024	Observaciones **SERIE CONTRATOS:** No tiene pendientes en el área de gestión documental. **Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Titulo IV Articulo 15**

Escaneado con CamScanner