

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, 02 de Diciembre DE 2024 CUENTA DE COBRO NUMERO 1

Yo Annyi Marcela Sánchez Domínguez 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 seencuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI ☒ NO ☐ Pertenece a rentas de trabajo

SI ☐ NO ☒ 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: ANNYI MARCELA SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ

C.C. 1.026.575.012

Por Concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO TERRITORIAL EN LAS AGLOMERACIONES Y MOVILIZACIONES QUE SE PRESENTEN EN LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES, ASÍ COMO EN ASUNTOS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA

Periodo comprendido entre: 17/10/2024 al 31/10/2024.

La suma de: **\$ 1.441.500** (UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS)

Tipo de Contrato	Prestación de servicios	FDLM-CPS-AG-226-2024 (114861)	Pago No	1	DE	5
Planilla Pago de seguridad Social No	<u>80374710</u>	y				
Periodo cotizado	<u>Septiembre de 2024</u>	y				
Fecha de pago	<u>22-10-2024</u>	y				
Ingreso Base de Cotización	<u>1.300.000</u>	y				

IBC SEGÚN VALOR COBRADO **1.300.000**

Favor Consignar en Banco: CAJA Cuenta AHORROS No 24079883841 SOCIAL

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-226-2024(114861), 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: Carrera 24c # 2-17 Sur TELEFONO: 3193893059
Correo electrónico contacto: sanchez.marcela2914@gmail.com

[illegible]



AYUDA



INFO



CREDITOS



CONTRASEÑA



ESTADISTICAS



CERRAR

LISTADO DE:

USUARIO:

DEPENDENCIA:

Entrada

ANNYI MARCELA SANCHEZ DOMINGUEZ

Area de Gestion de Desarrollo Local Martires

Radicados:

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.



- + Mis Consultas
- + Solicitar Anulación



RADICACION

- + Mis Oficios
- + Mis Memorandos



CARPETAS

- + Mis Entrada(0)
- + Mis Oficios(0)
- + Mis Memorandos(0)
- + Mis Visto Bueno(0)
- + Mis Devueltos(0)
- + Mis Agendados (0)
- + Mis Informados (0)
- + Mis Personales (0)

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista (Annyi Marcela Sánchez Domínguez) 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 el (17) (Octubre) de 2024 y el (31) (Octubre) de 2024.

Contrato: No. 226-2024
Tipo de Contrato: Contrato de prestación de servicios de apoyo la gestión
Contratista: (Annyi Marcela Sánchez Domínguez)
Cédula o NIT: No. 1026575012
Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA
GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS
COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA Y
JURÍDICA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS
MÁRTIRES.
Plazo del contrato: Cuatro (04) meses
Fecha iniciación: (17 de Octubre de 2024)
Fecha de terminación: (16 de Febrero de 2025)
Prórroga(s): N/A
Valor inicial pactado: \$11.532.000
Valor adicional: N/A
Valor a pagar: \$ 1.441.500 (No. de pago: 1)
Numero de PIN: 80374710
Periodo cotizado. Mes Septiembre 2024

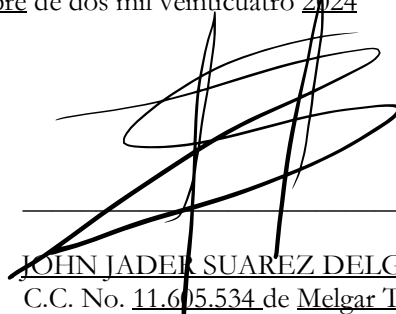
Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23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

En constancia se firma a los 02 días del mes de Diciembre de dos mil veinticuatro 2024

Interventor o Supervisor,



HERNANDO ESPELETA MAIGUEL
C.C. No. 80.075.984 de Bogotá D.C


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

Número de Contrato 226 de 2024

Yo, Annyi Marcela Sánchez Domínguez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1026575012 expedida en la ciudad de Bogotá D.C

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? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el párrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 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 (02) días del mes de Diciembre del 2024

Firma: 

Nombre: Annyi Marcela Sánchez Domínguez

C.C: 1.026.575.012

Dirección de correspondencia: Carrera 24c # 2-17 Sur

Teléfono de contacto: 3193893059

Correo electrónico institucional: annyi.sanchez@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: sanchez.marcela2914@gmail.com



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° 226 de 17/10/2024, 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

DÍA

2

MES

12

AÑO

2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

CÉDULA N°

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

TELÉFONO

Anny Marcela Sánchez Domínguez

1026575012

Calle 19 # 28-80

3193893059

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
Juan Andrés Jurado Sánchez	Hijo	14	0

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

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

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

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 por

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

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

Requisito: * Cópia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal

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 psicológicos

Requisito: * Cópia 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

Requisito: * Para el caso de los Padres: Cópia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Cópia 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

NUIP 1141328268

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

44040311

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☐ Notaria ☒ Número 68 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DTZ

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA *****

Datos del inscrito

Primer Apellido

JURADO *****

Segundo Apellido

SANCHEZ *****

Nombre(s)

JUAN ANDRES *****

Fecha de nacimiento

Año 2010 Mes MAR Día 29

Sexo (en letras)

Masculino

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

Positivo

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

52377872-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ DOMINGUEZ ANNYI MARCELLA

Documento de identificación (Clase y número)

TARJETA DE IDENTIDAD NRO.921214-53551

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JURADO CORTES JOSE ALEJANDRO *****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 80.546.497

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JURADO CORTES JOSE ALEJANDRO *****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 80.546.497

Firma

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 2010 Mes ABR Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN MANUEL CASTAÑEDA MARTINEZ

Notario Encargado

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JUAN MANUEL CASTAÑEDA MARTINEZ

Notario 68 de Bogotá D.C.

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV-43-FOLIO-294

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 19 AGO 2014 CON VALIDEZ PERMANENTE

EL NOTARIO

JORGE HERNANDO RICO GRILO

NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

JORGE HERNANDO RICO GRILO
Notario Sesenta y Ocho
Notaria 68 de Bogotá D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1026575012	SANCHEZ	DOMINGUEZ	ANNYI	MARCELLA	2019-07	EPS MEDIMAS	COTIZANTE
CC	1026575012	SANCHEZ	DOMINGUEZ	ANNYI	MARCELLA	2015-12	EPS FAMISANAR	COTIZANTE
CC	1026575012	SANCHEZ	DOMINGUEZ	ANNYI	MARCELLA	2018-12	EPS MEDIMAS	BENEFICIARIO
CC	1026575012	SANCHEZ	DOMINGUEZ	ANNYI	MARCELLA	2024-10	EPS SANITAS	COTIZANTE
CC	1026575012	SANCHEZ	DOMINGUEZ	ANNYI	MARCELLA	2013-11	EPS FAMISANAR	BENEFICIARIO
CC	1026575012	SANCHEZ	DOMINGUEZ	ANNYI	MARCELLA	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS SANITAS	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	09/2024	29	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	08/2024	29	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SANITAS	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1 PERÍODO: 17 DE Octubre AL 31 DE Octubre DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
No. CONTRATO Y FECHA	FDLM-CPS-AG-226-2024 (114861) 1 de Octubre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANNYI MARCELA SANCHEZ DOMINGUEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C 1.026.575.012 DE BOGOTÁ D.C
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$11.532.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$1.441.500
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	023011605570000002099
FECHA ACTA DE INICIO	17 DE OCTUBRE DE 2024
PRÓRROGA ¹	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSENSIONES)	16 DE FEBRERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA Y JURÍDICA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES.

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Apoyar al FDLM en la realización de los trámites administrativos, operativos y logísticos para la realización de eventos relacionados con atención de aglomeraciones movilidad y demás que le sean solicitados por el apoyo a la supervisión.	Recibí información del objetivo del contrato, para ejecutar con cabalidad de acuerdo a las necesidades que se presenten para la localidad.	De acuerdo a la información brindada estuve y a estaré atenta para desarrollar las actividades que en el momento que sean solicitadas para su ejecución satisfactoria	Evidencia Obligación 1
Apoyar en la realización y acompañamiento a la elaboración de convocatorias, actas y documentos que sean necesarios en el desarrollo de las actividades donde haga presencia institucional el Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires en lo concerniente a las movilizaciones de la localidad.	Acompañé en la actividad el día 17 de octubre año en curso en la sensibilización y validación de documentos correspondientes a la actividad comercial en los establecimientos de llantas en la pepita.	Acta de evidencia	Evidencia Obligación 2 Acta de asistencia
Apoyar la gestión administrativa del FDLM mediante la actualización de las bases de datos de los actores de movilidad que hacen presencia en el territorio local	Apoye en la sensibilización y recopilación de información con los vendedores informales para procesos pertinentes del Ipes, recuperación de espacios públicos el día 21 de Octubre año en curso	Acta de evidencia	Evidencia Obligación 3 Acta de asistencia

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Apoyar de manera oportuna las peticiones de los ciudadanos, institucionales o de entes de control, conforme los lineamientos de Gestión Documental existentes en referencia a la información de la ejecución de los proyectos de atención a aglomeraciones de la localidad por medio de los canales oficiales de la entidad.	Participe en la actividad solicitada por la institución educativa colegio Agustín Nieto Caballero el día 18 de Octubre año en curso , en la ingreso escolar con el propósito consolidar información pertinente para evidenciar problemáticas en el entorno.	Acta de evidencia	Evidencia Obligación 4 Acta de asistencia
Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual	De acuerdo a la información brindada estuve y a estaré atenta para desarrollar las actividades que en el momento que sean solicitadas para su ejecución satisfactoria	Esta actividad no fue requerida	Esta actividad no fue requerida
Prestar apoyo para la celebración eventos relacionados con movilidad y atención a aglomeraciones que le sean solicitados por el supervisor, así como presentar un informe cronológico y detallado de las actividades programadas semanalmente	Recibí información del objetivo del contrato, para ejecutar con cabalidad de acuerdo a las necesidades que se presenten para la localidad.	De acuerdo a la información brindada estuve y a estaré atenta para desarrollar las actividades que en el momento que sean solicitadas para su ejecución satisfactoria	Evidencia Obligación 6

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Acordar con el supervisor las demás obligaciones inherentes para el cumplimiento del objeto del contrato	Recibí información del objetivo del contrato, para ejecutar con cabalidad de acuerdo a las necesidades que se presenten para la localidad.	De acuerdo a la información brindada estuve y a estaré atenta para desarrollar las actividades que en el momento que sean solicitadas para su ejecución satisfactoria	Evidencia Obligación 7
INFORMACIÓN 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
	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR
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:  Nombre: ANNY MARCELA SANCHEZ DOMINGUEZ Cédula: 1.026.575.012	
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 LOCAL MARTIRES	
		Firma:  APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
			Nombre: HERNANDO ESPELETA MAIGUEL Cargo: REFERENTE DE SEGURIDAD Firma: 

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.