**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

| **INFORME DE GESTION No.** 01 | |
|---|---|
| **No. de contrato:** | **CPS-015-2024** |
| **Contratista:** | **CAMILA ANDREA TORRES OLEA** |
| **C.C.** | 1143132034 |
| **Teléfono/Celular:** | 3112672538 |
| **Correo electrónico:** | tcamilaandrea@gmail.com |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR Y ACOMPAÑAR LOS TRAMITES Y PROCESOS DE LA OFICINA FINANCIERA DEL CONCEJO DISTRITAL DEL BARRANQUILLA |
| **DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS** | |
| **Periodo de informe:** | Febrero del 2024 |
| **No. de informe:** | 01 |
| **No. de cuota** | 01☒ 02☐ 03☐ 04☐ 05☐ 06☐ 07☐ 08☐ 09☐ 10☐ 11☐ 12☐ |
| **Periodo de Pago al Sistema de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL)** | **Febrero del 2024** |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | |

Conforme al objeto del contrato, me permito manifestar que, realicé las siguientes actividades:

1. Brinde asesoría al área financiera del Concejo Distrital frente a todo lo requerido durante le mes en los procesos y tramites propios del área.
2. Gestionar la documentación contable y financiera de forma ordenada y segura.
3. Verifique las novedades que liquida el área financiera y las relacionadas por el área de recursos humanos de la entidad.
4. Asesore frente a la liquidación de la nómina de contratistas durante la ejecución de cada contrato.
5. Brinde acompañamiento en el seguimiento de la ejecución presupuesta mes a mes, conforme a los pagado en los gastos de funcionamiento.

**INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES**

**Certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos y soportes de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales, cumplen con los requisitos de ley.**



**Contratista:** CAMILA ANDREA TORRES OLEA

**No. Identificación:**1.143.132.034