RENOBO EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ

Informe de Actividades

DATOS DEL INFORME					
CONTRATISTA:	ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO		**IDENTIFICACIÓN:**		1026570662
PERÍODO DEL INFORME:	01/01/2025 AL 21/01/2025	**VALOR A PAGAR:**	$ 3,500,000	**PAGO NÚMERO:**	12
DATOS DEL CONTRATO					
No. CONTRATO:	041-2024	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:**	21/02/2023	**FECHA DE INICIO:**	22/02/2023
OBJETO: Prestar servicios profesionales para la elaboración de análisis del sector y estructuración de procesos que se requieran para la Empresa.					
VALOR DEL CONTRATO:	$ 55,000,000	**PLAZO:**	once (11) meses	**FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS):**	21/01/2025
ADICIÓN (Valor):	NA	**PRÓRROGA (Tiempo):**	NA		
NOMBRE DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR:	JESICA BIBIANA ARISTIZABAL MEZA		**CARGO O VINCULACIÓN DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR:**	Directora de Contratación	

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	AVANCES/ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIA	UBICACIÓN DE LA EVIDENCIA
1. Elaborar, revisar y/o consolidar los análisis del sector, que acompañan la estructuración de los procesos de contratación a cargo de la Empresa que le sean asignados, en concordancia con lo establecido en los procesos y procedimientos del sistema integrado de gestión -SIG, de la empresa.	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, dado que durante el mes de enero se debía aprobar el plan anual de adquisiciones para lo cual se revisaron los objetos del plan de egresos de los contratos de prestación de servicios personales de la SUBGERENCIA DE EJECUCION DE PROYECTOS	N.A	N.A
2. Realizar la revisión, clasificación y recopilación de la información pública disponible, consistente y sólida, necesaria para establecer el adecuado conocimiento del sector, precios de mercado, proveedores y las determinantes requeridas para adelantar los procesos de contratación a cargo de la Empresa, en concordancia con lo establecido en los procesos y procedimientos del sistema integrado de gestión -SIG, de la empresa.	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, dado que durante el mes de enero se debía aprobar el plan anual de adquisiciones para lo cual se revisaron los objetos del plan de egresos de los contratos de prestación de servicios personales de la SUBGERENCIA DE EJECUCION DE PROYECTOS	N.A	N.A
3. Proyectar y/o revisar los Estudios Previos o Documentos Equivalentes, y demás documentos requeridos para adelantar los procesos de contratación, de conformidad con lo establecido en los procesos y procedimientos del sistema integrado de gestión –	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, dado que durante el mes de enero se debía aprobar el plan anual de adquisiciones para lo cual se revisaron los objetos del plan de egresos de los contratos de prestación de servicios personales de la SUBGERENCIA DE EJECUCION DE PROYECTOS	N.A	N.A
4. Proyectar, revisar y hacer seguimiento a las respuestas a las observaciones, derechos de petición, y/o reclamaciones que se presenten a los procesos de contratación publicados por la Dirección de contratación	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, dado que durante el mes de enero se debía aprobar el plan anual de adquisiciones para lo cual se revisaron los objetos del plan de egresos de los contratos de prestación de servicios personales de la SUBGERENCIA DE EJECUCION DE PROYECTOS	N.A	N.A

Informe de Actividades

5. Coadyuvar en el cumplimiento y seguimiento del cronograma de cada proceso de contratación que le sea asignado.	enero se debía aprobar el plan anual de adquisiciones para lo cual se revisaron los objetos del plan de egresos de los contratos de prestación de servicios personales de la SUBGERENCIA DE EJECUCION DE PROYECTOS	N.A	N.A
6. Elaborar un informe mensual para presentar al supervisor, del estado de avance de las gestiones realizadas a los proyectos a cargo, en donde se discriminen las actividades ejecutadas, al igual que los inconvenientes técnicos en su ejecución y los logros realizados durante dicho periodo, y los demás que sean solicitados por el Supervisor.	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, dado que durante el mes de enero se debía aprobar el plan anual de adquisiciones para lo cual se revisaron los objetos del plan de egresos de los contratos de prestación de servicios personales de la SUBGERENCIA DE EJECUCION DE PROYECTOS	N.A	N.A
7. Programar y asistir a las reuniones que sean requeridas para facilitar la planeación y estructuración de procesos de contratación	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, ya que no llegó ningun tipo de reunion de este tipo durante el periodo contratado.	N.A	N.A
8. Cumplir con las demás actividades que sean asignadas y/o solicitadas por el supervisor del contrato que tengan relación con el objeto del contrato.	Esta actividad no se desarrolló en este periodo, ya que no llegó ningun tipo de requerimiento de este tipo durante el periodo contratado.	N.A	N.A

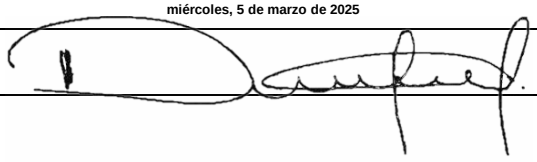
ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y a la fecha se encuentren pendientes de trámite: Todos los tramites asignados durante la ejecución del contrato fueron ejecutiados y no se encuentra tramites pendientes.

DECLARACIÓN : 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 en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	**SANITAS**	**Empresa:**	**PORVENIR**	**Empresa:**	**POSITIVA**
Suma cancelada:	**$ 301,000**	**Suma cancelada:**	**$ 385,300**	**Suma cancelada:**	**$ 12,600**
No Planilla:	**83037193 - 83368970**	**No Planilla:**	**83037193 - 83368970**	**No Planilla:**	**83037193 - 83368970**
Mes(es) cancelado(s):	**DICIEMBRE 2024 Y ENERO 2025**	**Mes(es) cancelado(s):**	**DICIEMBRE 2024 Y ENERO 2025**	**Mes(es) cancelado(s):**	**DICIEMBRE 2024 Y ENERO 2025**

FECHA DE ELABORACIÓN	**miércoles, 5 de marzo de 2025**
FIRMA CONTRATISTA	

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	1026570662	ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO	CALLE 5 N 5 95	2694462	danicasaz7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	83037193	$698.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	301.000	0		0		0	0	0	0	301.000	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	385.300	0	0	0	0	0	0		385.300	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	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	1

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	301.000	301.000
Pensión	1	385.300	385.300
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	698.900	698.900

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	1026570662	ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO		CALLE 5 N 5 95	2694462	danicasaz7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA		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	
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	83037193	$698.900	

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	Estornado	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	1026570662	CASAS LOZANO ZAYRA DANIELA	59	0			N																	230301	2.408.000	385.300	0	0	0	0	EPS005	2.408.000	301.000	14-23	2.408.000	1	12.600		0	0	0	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	1026570662	ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO	CALLE 5 N 5 95	2694462	danicasaz7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	14/01/2025	83368970	$698.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	301.000	0		0		0	0	0	0	301.000	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	385.300	0	0	0	0	0	0		385.300	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	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	1

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	301.000	301.000
Pensión	1	385.300	385.300
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	698.900	698.900

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	1026570662	ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO	CALLE 5 N 5 95	2694462	danicasaz7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		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	
2025-01	2025-01	I	14/01/2025	83368970	$698.900	

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	Estudiante	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	1026570662	CASAS LOZANO ZAYRA DANIELA	59	0			N																	230301	2.408.000	385.300	0	0	0	0	EPS005	2.408.000	301.000	14-23	2.408.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo**, ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.026.570.662** de **BOGOTA** manifiesto **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

1. De acuerdo con el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden al periodo de: **DICIEMBRE de 2024 Y ENERO de 2025** con los ingresos derivados del contrato **No. 041-2024** materia del pago sujeto a retención en la fuente en Renta e ICA y pueden tomarse como deducción

   SI _X__ NO _____

2. Con el fin de soportar las deducciones a la base de la retención en la fuente a título de renta, me permito informar lo siguiente:

2.1. En mi declaración de renta del año gravable 2025 SI____ NO _X__, incluiré los costos y deducciones procedentes conforme a la Ley por el ejercicio de mi actividad.

2.2. En caso de marcar la casilla **"SI"** en el numeral 2.1, entiendo que no puedo hacer uso del 25% de renta exenta por rentas de trabajo en mi declaración de renta y que la retención en la fuente aplicable son las tarifas generales dependiendo el concepto del artículo 392 del Estatuto Tributario –E.T.- como:

- Honorarios Tarifa del 10% - 11% según el art. 1.2.4.3.1. DUR 1625 de 2016

Así mismo no habrá lugar a hacer uso de la deducción por dependientes económicos y medicina prepagada, para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente

2.3. En caso de marcar la casilla **"NO"** en el numeral 2.1, la retención aplicable es la estipulada en el artículo 383 del E.T. con las depuraciones aplicables concretamente la de la renta exenta del 25% estipulada en el numeral 10 del artículo 206 del E.T.

3. Teniendo en cuenta que marque la casilla **"NO"** en el numeral 2.1., me permito solicitar las siguientes deducciones en la base de retención en la fuente establecidas en el Art. 387 del E.T. así:

DECLARACIÓN JURAMENTADA

3.1. Solicito deducción por pago de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos de adquisición de vivienda:

SI____NO _X__, para lo cual adjunto certificado correspondiente del año inmediatamente anterior.

3.2. Solicito deducción por pagos de salud de medicina prepagada señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario:

SI____NO__X____, para lo cual adjunto certificado correspondiente del año inmediatamente anterior.

3.3. Solicito deducción por dependientes, así:

- Hijos menores de 18 años y dependen económicamente de mí:

  SI___NO__X_, para lo cual adjunto copia del (los) registro(s) civil(es) de nacimiento, junto con copia de la tarjeta de identidad.

- Hijos con edad entre 18 y 25 años, que se encuentran estudiando actualmente, cuya educación es financiada por mí, vinculados a instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente:

  SI____NO__X___, para lo cual adjunto certificado de la entidad educativa y copia del (los) registro(s) civil(es) de nacimiento, junto con copia de la cédula de ciudadanía.

- Hijos mayores de 18 años, que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos:

  SI____ NO __X____, para lo cual adjunto certificado y/o examen médico expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social o la Entidad determinada por las normas vigentes, junto con copia de la cédula de ciudadanía.

- Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos:

  SI____ NO ___X___, para lo cual adjunto certificado y/o examen médico expedido por Medicina Legal, junto con copia de la cédula de ciudadanía.

- Conyugue o compañero(a), padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($12.947.740):

DECLARACIÓN JURAMENTADA

SI___ NO_X_, para lo cual adjunto certificación firmada por contador público y copia de la tarjeta profesional

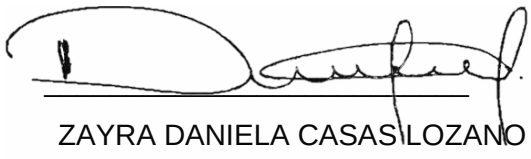
- Los parentescos de crianza acogidos durante un periodo no menor a (5), que sean declararos por un Juez de Familia en virtud de lo señalado en el artículo 2 y 12 de la Ley 2388 de 2024.

  SI___ NO_X_, para lo cual adjunto certificación emitida por Juez de Familia.

4. Adicional a lo anterior, me comprometo a informar cualquier novedad que pueda surgir con respecto a todos los datos consignados en esta declaración.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los tres (3) días del mes de marzo de 2025.

Atentamente,



ZAYRA DANIELA CASAS LOZANO

Cedula: 1.026.570.662

FECHA DE ACTUALIZACION DEL FORMATO POR LA SGC-CONTABILIDAD: F e b r e r o - 2025

Actualizado Vigencia 2024: por lo dispuesto en el parágrafo 4° del artículo 1.2.4.1.17- DUR 1625 de 2016, incorporado por el artículo 11 del Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 (decreto reglamentario de la ley 2277 de 2022).

Actualizado Vigencia 2025: por lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 2388 de 2024 y el artículo 2 de la Ley 2411 de 2024.

RENOBO EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ

Paz y Salvo para funcionarios y contratistas

Fecha de diligenciamiento:	22	1	2025

Apellidos y Nombres: CASAS LOZANO ZAYRA DANIELA

Cédula de ciudadanía: 1026570662 De: Bogotá

Marque con una X

Funcionario		Libre nombramiento		Trabajador oficial	
Contratista	X	No. de contrato	231-2024		

Dependencia: DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

Fecha de ingreso y/o inicio	22	2	2024	Fecha de retiro y/o terminación	21	1	2025	

En mi calidad de jefe inmediato o supervisor, hago constar que he recibido todos los archivos físicos y sistematizados, para el caso de contratistas recibí el ultimo informe de actividades y el soporte pago de seguridad social hasta la fecha de terminación del contrato, los productos elaborados por el funcionario y/o contratista que se retira. De igual manera los informes de ejecución de los contratos a cargo han sido publicados y aprobados en la plataforma SECOP y enviados al expediente físico, según corresponda.

ARISTIZABAL MEZA JESICA BIBIANA

NOMBRE JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR FIRMA

Los responsables de las siguientes dependencias hacemos constar que el funcionario y/o contratista que se retira no tiene asuntos pendientes con las mismas, en lo correspondiente a lo señalado en las instrucciones de este formato:

Recursos Tecnológicos

Nombre: Yolanda Urrea P.

Cargo: Secretaria

Firma:

Observaciones: Bakup correo 2.7 GB reporta

Backup Owncloud 500 MB de inform. reportada para custodia

Se creo el Backup de la información y la cuenta de correo, se inactivó el usuario de red, la cuenta de correo del funcionario o contratista que se retira.

Recursos Físicos

Nombre: Mauricio Lievano Pino

Cargo: Tecnico 2

Firma: Luzby M. Pinzón. G

Se verificó la entrega del inventario (se anexa copia del mismo), así como la entrega del carnet y tarjeta de proximidad que lo acreditaba como funcionario y/o contratista de la Entidad. (Aplica tanto para funcionarios como para contratistas).

Gestión Documental

Nombre: Yudy BIbiana Alfonso Guerrero

Cargo: Contratista

Firma: Yudy BAG

Se verificó que no tiene documentos a su cargo facilitados por el archivo central de la ERU.

Talento Humano

Nombre: N/A

Cargo N/A

Firma

Se verificó que entrega los formatos actualizados: *Formato único de hoja de vida y Bienes y rentas*, y los formatos de Medición de la gestión diligenciados.

** Para contratistas se exceptúa el trámite ante este Grupo**

Firma del funcionario o contratista	

Una vez diligenciado el presente formato:

- **Funcionario:** entregar al área de Talento Humano para que haga parte de la historia laboral.
- **Contratista:** anexar con la última cuenta de cobro.