

## ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ** 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 **01/08/2024 - 18/08/2024**

Contrato:	No. <b>295 - 2024</b>
Tipo de Contrato:	<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>
Contratista:	<b><u>SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ</u></b>
Cédula o NIT	No. <b>1013642703</b>
Objeto:	<b>Prestar servicios técnicos para apoyar administrativa, asistencial y operativamente la promoción, el acompañamiento y la articulación de la gestión territorial, la participación, la convivencia, la seguridad humana, la prevención de conflictos y los Derechos Humanos -DDHH de la localidad.</b>
Plazo del contrato:	<b>4 mes(es)</b>
Fecha iniciación:	<b><u>19/03/2024</u></b>
Fecha de terminación con adición	<b>18/08/2024</b>
Prórroga(s)	<b><u>1 mes</u></b>
Valor inicial pactado:	\$15.600.000
Valor adicional:	<b><u>\$3.900.000</u></b>
Valor total con adición:	<b><u>\$19.500.000</u></b>
Valor apagar:	\$2.340.000(No. de pago:6)
Numero de PIN:	<b>78846090 -79600492 - 79914623</b>
Periodo cotizado.	<b>Julio y Agosto 2024</b>

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 el día dos **(02) de septiembre 2024.**

Supervisor,

Visto bueno



**DIEGO ARLEY ARENAS MANRIQUE**  
C.C. No. 1.022.324.351 de Bogotá D.C.  
Alcalde local de Ciudad Bolívar

**DAVID ANDRES JIMENEZ**  
CC. 79882488 de Bogotá  
Contratista

Reviso: Nancy Paola Bolívar Cuchia

Firma:

ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

<b>INFORME DE ACTIVIDADES No 6</b> <b>PERÍODO: 01/08/2024 - 18/08/2024</b>	
<b>DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO</b>	
<b>TIPO DE CONTRATO</b>	<b><u>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</u></b>
<b>No. CONTRATO Y FECHA</b>	<b>295 - 2024</b>
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ</b>
<b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>CC - 1013642703</b>
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>	<b>4 mes(es)</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO CON ADICION</b>	<b>19.500.000</b>
<b>VALOR DEL PERIODO DE COBRO</b>	<b>2.340.000</b>
<b>No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)</b>	<b>3.3.1.16.05.57.1986</b>
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	<b><u>19/03/2024</u></b>
<b>PRÓRROGA<sup>1</sup></b>	<b><u>1 MES</u></b>
<b>ADICIÓN</b>	<b><u>3.900.000</u></b>
<b>SUSPENSIÓN</b>	<b>N/A</b>
<b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)</b>	<b>18/08/2024</b>
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	<b>Prestar servicios técnicos para apoyar administrativa, asistencial y operativamente la promoción, el acompañamiento y la articulación de la gestión territorial, la participación, la convivencia, la seguridad humana, la prevención de conflictos y los Derechos Humanos -DDHH de la localidad.</b>

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

## ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<b>Obligación 1.</b> Apoyar a la Alcaldía Local en la implementación de las estrategias en materia de seguridad y convivencia que ésta requiera el Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar.	<b>NO SE ASIGNARON TAREAS PARA EL PERIODO REPORTADO</b>	<b>NO EXISTE PRODUCTO PARA EL MES REPORTADO</b>	<b>NO EXISTE MEDIO DE VERIFICACION PARA EL MES REPORTADO</b>
<b>Obligación 2.</b> Apoyar el seguimiento permanente a las actividades ejecutadas en el territorio por parte los profesionales y gestores de gestión territorial del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar	<b>ACTIVIDAD 1</b> <b>Nombre:</b> "ENBELLECIMIENTO PARQUE ARBORIZADORA ALTA CUMPLEAÑOS BOGOTA" <b>Lugar:</b> (Arborizadora alta) <b>Fecha:</b> 03 de agosto 2024 07:30 am <b>Contexto:</b> Se realiza acompañamiento para intervenir el parque de arborizadora alta por el cumpleaños de Bogotá con demás entidades como secretaria de gobierno y caja de vivienda popular. Limpieza, pintura, pasto muerto.	<b>ACTIVIDAD 1</b>  1. Evidencia fotográfica 2. Contexto de la actividad en formato Word.	<b>ACTIVIDAD 1</b>  1. Se carga evidencia en SECOP II, carpeta de obligación 2.
<b>Obligación 3. Apoyar técnica y operativamente la planeación y consolidación de la información generada por los profesionales de las acciones lideradas en territorio.</b>	<b>ACTIVIDAD 1</b> Se reciben actas de actividades realizadas por todos los funcionarios del área de DDHH para así llevar un control en la carpeta y realizar el archivo de estas  <b>ACTIVIDAD 2</b> Se realiza informe diario de actividades del área para enviar al despacho	<b>ACTIVIDAD 1.</b> 1. Evidencia fotográfica Contexto de la actividad en formato Word  <b>ACTIVIDAD 2.</b> 1. Evidencia fotográfica Contexto de la actividad en formato Word	<b>ACTIVIDAD 1</b> Se carga evidencia en SECOP II, carpeta de obligación 3.  <b>ACTIVIDAD 2.</b> Se carga evidencia en SECOP II, carpeta de obligación 3.

## ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

<p><b>Obligación 4.</b> Apoyar técnica y operativamente las acciones y estrategias para la implementación de la política pública y del Sistema Distrital de Participación en cada una de sus relaciones</p>	<p><b>NO SE ASIGNARON TAREAS PARA EL PERIODO REPORTADO</b></p>	<p><b>NO EXISTE PRODUCTO PARA EL MES REPORTADO</b></p>	<p><b>NO EXISTE MEDIO DE VERIFICACION PARA EL MES REPORTADO</b></p>
<p><b>Obligación 5.</b> Asistir y apoyar operativamente la realización de eventos ciudadanos y/o comunitarios que le sean designados</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1</b> <b>Nombre:</b> DESARME JOVENES CIUDAD BOLIVAR <b>Lugar:</b> (Auditorio Manitas) <b>Fecha:</b> 17 de agosto 2024 7:00 am <b>Contexto:</b> Se realiza evento de la mano con líder social y juez de paz de la localidad. Con jóvenes y ciudadanos de la localidad de ciudad bolívar brindando charlas, testimonios y demás para así llevar una sana convivencia.</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidencia fotográfica</li> <li>2. Contexto de la actividad en formato Word.</li> </ol>	<p><b>ACTIVIDAD 1.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se carga evidencia en SECOP II, carpeta de obligación 5.</li> </ol>



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE GOBIERNO

## ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

<p>Obligación 6. <b>Apoyar en la gestión de las aplicaciones, plataformas y tecnologías requeridas en el apoyo del trámite, respuesta, archivo y seguimiento de los requerimientos y peticiones relacionados con el tema de gestión territorial, seguridad, convivencia y DDHH, que se requieran.</b></p>	<p>se realiza solicitud de espacios para funcionarios profesionales del área de DDHH los días 1 , 5 , 9 , 13 , 14 y así mismo se realiza el seguimiento de estas peticiones.</p> <p>se realiza solicitud de refrigerios el día 16 de agosto.</p> <p>Consolidado de actividades semanales.</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1.</b></p> <p>1. Evidencia fotográfica Contexto de la actividad en formato Word</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1.</b></p> <p>Se carga evidencia en SECOP II, carpeta de obligación 6</p>
---	---	---	---

## ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR

<p><b>Obligación 7</b> Apoyar a los profesionales en la consolidación y análisis de los diagnósticos sectoriales o poblacionales suministrados por las instituciones con presencia en lo local, cuando así se requiera.</p>	<p><b>NO SE ASIGNARON TAREAS PARA EL PERIODO REPORTADO.</b></p>	<p><b>NO EXISTE PRODUCTO PARA EL MES REPORTADO</b></p>	<p><b>NO EXISTE MEDIO DE VERIFICACION PARA EL MES REPORTADO</b></p>
<p><b>Obligación 8.</b> Apoyar a los profesionales en los procesos de formulación de los proyectos de inversión relacionados con la gestión territorial, la participación ciudadana, la convivencia, la seguridad y los DDHH, que se financien con recursos del Fondo de Desarrollo Local</p>	<p><b>NO SE ASIGNARON TAREAS PARA EL PERIODO REPORTADO.</b></p>	<p><b>NO EXISTE PRODUCTO PARA EL MES REPORTADO</b></p>	<p><b>NO EXISTE MEDIO DE VERIFICACION PARA EL MES REPORTADO</b></p>
<p><b>Obligación 9.</b> Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1</b> <b>Nombre:</b> "REUNION DE EQUIPO" <b>Lugar:</b> Oficina DDHH <b>Fecha:</b> .05 de agosto 2024 11:00 pm <b>Contexto:</b> Se hace presencia al llamado del asesor del área para reunión de equipo y que nos brinden información para dar trámite en el área.</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1</b>  1. Evidencia fotográfica Contexto de la actividad en formato Word</p>	<p><b>ACTIVIDAD 1.</b>  1. Se carga evidencia en SECOP II, carpeta de obligación 9.</p>

**ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR**

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

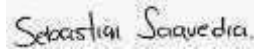
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
		COMPENSAR	POSITIVA

**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: **SEBASTIAN SAAVEDRAVELASQUEZ**  
Cédula: 1.013.642.703

**SUPERVISOR/INTERVENTOR**

Firma:

Nombre: **DIEGO ARLEY ARENAS MARIQUE**  
Cargo: **Alcalde Local de Ciudad Bolívar**

**VISTO BUENO**

Firma:



Nombre: **DAVID ANDRES JIMENEZ**  
Cargo: **Contratista ALCB**

**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.

\*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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ		Cra 12 H#31a-55 sur	2000000	sebassaavedra0730@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

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	
2024-07	2024-07	I	31/07/2024	78846090	\$628.600	

### 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	265.900	0		0		0	0	0	0	265.900	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	
230301	Porvenir	800224808-8	340.400	0	0	0	0	0	0	0	340.400	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	22.300				22.300	0	0	22.300			223	22.300	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	265.900	265.900
Pensión	1	340.400	340.400
Riesgos Laborales	1	22.300	22.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>628.600</b>	<b>628.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ		Cra 12 H#31a-55 sur	2000000	sebassaavedra0730@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	31/07/2024	78846090	\$628.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Docuente	Subtipo	Empleado	Colom. superior	Exonerado	ING	RET	TIDE	TARE	TIP	TAP	VBP	VST	SEN	ISE	VAC	AVP	VOT	INC. CORRECTOR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1013642703	SAAVEDRA VELASQUEZ SEBASTIAN	59	0		N									X							230301	2.127.000	340.400	0	0	0	0	EPS008	2.127.000	265.900	14-23	2.127.000	2	22.300		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ		Cra 12 H#31a-55 sur	2000000	sebassaavedra0730@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

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	
2024-08	2024-08	I	23/08/2024	79600492	\$230.500	

## 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	97.500	0		0		0	0	0	0	97.500	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	124.800	0	0	0	0	0	0	0	124.800	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	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	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	97.500	97.500
Pensión	1	124.800	124.800
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>230.500</b>	<b>230.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ		Cra 12 H#31a-55 sur	2000000	sebassaavedra0730@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	23/08/2024	79600492	\$230.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Documento	Subgrupo	Empleado	Colaborador	Exonerado	ING	RET	TIDE	TARE	TIP	TAP	VBP	VST	SEN	ISE	VAC	AVP	VOT	INC	CORRECTOR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1013642703	SAAVEDRA VELASQUEZ SEBASTIAN	59	0		N		X															230301	780.000	124.800	0	0	0	0	EPS008	780.000	97.500	14-23	780.000	2	8.200		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ		Cra 12 H#31a-55 sur	2000000	sebassaavedra0730@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
79600492	23/08/2024				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-08	2024-08	N	02/09/2024	79914623	\$46.100	

### 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	19.500	0		0		0	0	0	0	19.500	1

TOTALES PENSION													
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	25.000	0	0	0	0	0	0		25.000	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	1.600				1.600	0	0	1.600			16	1.600	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	19.500	19.500
Pensión	1	25.000	25.000
Riesgos Laborales	1	1.600	1.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>46.100</b>	<b>46.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ		Cra 12 H#31a-55 sur	2000000	sebassaavedra0730@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	
79600492	23/08/2024				EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-08	2024-08	N	02/09/2024	79914623	\$46.100	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Colombia	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TTP	TAP	YEP	YBT	SUN	LINE	LMA	LAC	ANR	RL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1013642703	SAAVEDRA VELASQUEZ SEBASTIAN	59	0	N	X																230301	936.000	149.800	0	0	0	0	EPS008	936.000	117.000	14-23	936.000	2	9.800		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ**, identificada con **CC** número **1013642703**, aportó por **SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ** identificado(a) con **CC** número **1013642703** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 03 - 2024 y 08 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	R	T	T	T	V	V	S	I	L	V	A	V	I	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO	
EPS008	Compensar EPS	59		X													0	18	\$780,000	0.12500	\$97,50	\$0	\$0	Agosto - 2024	79600492	23/08/2024	NC	
230301	Porvenir	59		X													0	18	\$780,000	0.16000	\$124,80	\$0	\$0	Agosto - 2024	79600492	23/08/2024	NC	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59		X													0	18	\$780,000	0.01044	\$8,20	\$0	\$0	Agosto - 2024	79600492	23/08/2024	NC	
EPS008	Compensar EPS	59							X								0	30	\$2,127,000	0.12500	\$265,90	\$0	\$0	Julio - 2024	78846090	31/07/2024	NC	
230301	Porvenir	59							X								0	30	\$2,127,000	0.16000	\$340,40	\$0	\$0	Julio - 2024	78846090	31/07/2024	NC	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59							X								0	30	\$2,127,000	0.01044	\$22,30	\$0	\$0	Julio - 2024	78846090	31/07/2024	NC	
EPS008	Compensar EPS	59							X								0	30	\$2,560,000	0.12500	\$320,00	\$0	\$0	Junio - 2024	77911973	21/06/2024	NC	
230301	Porvenir	59							X								0	30	\$2,560,000	0.16000	\$409,60	\$0	\$0	Junio - 2024	77911973	21/06/2024	NC	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59							X								0	30	\$2,560,000	0.01044	\$26,80	\$0	\$0	Junio - 2024	77911973	21/06/2024	NC	
EPS008	Compensar EPS	59															0	A	30	(\$1,560,000)	0.12500	(\$195,000)	\$0	\$0	Mayo - 2024	77911947	14/06/2024	NC
EPS008	Compensar EPS	59															0	C	30	\$2,560,000	0.12500	\$320,00	\$0	\$0	Mayo - 2024	77911947	14/06/2024	NC
230301	Porvenir	59															0	A	30	(\$1,560,000)	0.16000	(\$249,600)	\$0	\$0	Mayo - 2024	77911947	14/06/2024	NC
230301	Porvenir	59															0	C	30	\$2,560,000	0.16000	\$409,60	\$0	\$0	Mayo - 2024	77911947	14/06/2024	NC
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	A	30	(\$1,560,000)	0.01044	(\$16,300)	\$0	\$0	Mayo - 2024	77911947	14/06/2024	NC
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	C	30	\$2,560,000	0.01044	\$26,80	\$0	\$0	Mayo - 2024	77911947	14/06/2024	NC
EPS008	Compensar EPS	59															0	30	\$1,560,000	0.12500	\$195,00	\$0	\$0	Mayo - 2024	76749401	15/05/2024	NC	
230301	Porvenir	59															0	30	\$1,560,000	0.16000	\$249,60	\$0	\$0	Mayo - 2024	76749401	15/05/2024	NC	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0	30	\$1,560,000	0.01044	\$16,30	\$0	\$0	Mayo - 2024	76749401	15/05/2024	NC	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X														0	C	30	\$1,560,000	0.01044	\$16,30	\$0	\$0	Abril - 2024	76750546	02/05/2024	NC
EPS008	Compensar EPS	3	X														0	30	\$1,560,000	0.12500	\$195,00	\$0	\$0	Abril - 2024	76149994	24/04/2024	NC	

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Agosto** de **2024**

230301	Porvenir	3	X															0	30	\$1,560,000	0.16000	\$249,600	\$0	\$0	Abril - 2024	76149994	24/04/2024	NC
EPS008	Compensar EPS	59	X															0	1	\$52,000	0.12500	\$6,500	\$0	\$0	Marzo - 2024	76290709	11/04/2024	NC
230301	Porvenir	59	X															0	1	\$52,000	0.16000	\$8,400	\$0	\$0	Marzo - 2024	76290709	11/04/2024	NC
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X															0	1	\$52,000	0.02430	\$1,300	\$0	\$0	Marzo - 2024	76290709	11/04/2024	NC

PAGADA

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Agosto** de **2024**

## Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1007813750	CC	1013642703	SEBASTIAN SAAVEDRA

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	CPS 295 DE 2024	3000188665	002	02-abr-24	02-abr-24	PAGADA	03-abr-24	5000619201	Transferencia Giradora	1.560.000	1.548.050	0550001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
2	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO	CTO 045-2024 PAG	3000218899	002	11-abr-24	11-abr-24	PAGADA	12-abr-24	5000689937	Transferencia Giradora	1.083.333	1.072.868	001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
3	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	CPS 295 DE 2024	3000276080	002	02-may-24	02-may-24	PAGADA	03-may-24	5000852877	Transferencia Giradora	3.900.000	3.873.532	0550001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
4	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO	CTO 045-2024 PAG	3000306824	002	08-may-24	08-may-24	PAGADA	09-may-24	5000887986	Transferencia Giradora	2.500.000	2.478.603	001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
5	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUMAPAZ	CPS 240 2024	3000336101	002	20-may-24	20-may-24	PAGADA	21-may-24	5001017325	Transferencia Giradora	2.000.000	1.986.458	001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
6	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	CPS 295 DE 2024	3000369453	002	04-jun-24	04-jun-24	PAGADA	05-jun-24	5001110675	Transferencia Giradora	3.900.000	3.873.532	0550001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
7	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUMAPAZ	CPS 240 2024	3000420471	002	17-jun-24	17-jun-24	PAGADA	18-jun-24	5001211489	Transferencia Giradora	3.000.000	2.979.688	001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
8	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO	CTO 045-2024 PAG	3000428691	002	19-jun-24	20-jun-24	PAGADA	21-jun-24	5001225854	Transferencia Giradora	2.500.000	2.478.603	001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
9	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	CPS 295 DE 2024	3000469028	002	04-jul-24	04-jul-24	PAGADA	05-jul-24	5001308015	Transferencia Giradora	3.900.000	3.873.532	0550001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
10	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE TUNJUELITO	CTO 045-2024 PAG	3000469339	002	04-jul-24	04-jul-24	PAGADA	05-jul-24	5001308016	Transferencia Giradora	2.500.000	2.478.603	001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		
11	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	CPS 295 DE 2024	3000576842	002	08-ago-24	08-ago-24	PAGADA	09-ago-24	5001663478	Transferencia Giradora	3.900.000	3.870.126	0550001100102605 AHORROS Banco Davivienda S.A.		



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

Ejecución del Contrato

blank

Porcentaje  Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> designacion supervisor luz meri 048-086-119-129-154-158-267-290-295-343.pdf	designacion supervisor luz meri 048-086-119-129-154-158-267-290-295-343.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CRP_1933_CPS-295-2024.pdf	CRP_1933_CPS-295-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO CPS-295-2024.pdf	ACTA DE INICIO CPS-295-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ARL CPS-295-2024-.pdf	ARL CPS-295-2024-.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ARL PRORROGA CPS-295-2024.pdf	ARL PRORROGA CPS-295-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS-295-2024 113766_CRP_2648_ADIC Y PRORR.pdf	CPS-295-2024 113766_CRP_2648_ADIC Y PRORR.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS 295 - 2024 SEBASTIAN SAAVEDRA JULIO (1) (1).pdf	CPS 295 - 2024 SEBASTIAN SAAVEDRA JULIO (1) (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 JULIO.pdf	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 JULIO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS 295 - 2024 - MAYO - SEBASTIAN SAAVEDRA (6).pdf	CPS 295 - 2024 - MAYO - SEBASTIAN SAAVEDRA (6).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS AGOSTO.zip	EVIDENCIAS AGOSTO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> OBLIGACION 2 INFORME MARZO.zip (Archivado)	OBLIGACION 2 INFORME MARZO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> OBLIGACION 9 INFORME MARZO.zip (Archivado)	OBLIGACION 9 INFORME MARZO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS MARZO.zip	EVIDENCIAS MARZO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS 295 - 2024 SEBASTIAN SAAVEDRA - MARZO - FIRMADO.pdf	CPS 295 - 2024 SEBASTIAN SAAVEDRA - MARZO - FIRMADO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 marzo.pdf	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 marzo.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS ABRIL.zip	EVIDENCIAS ABRIL.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 abril.pdf	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 abril.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS 295 - 2024 SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ (1).pdf	CPS 295 - 2024 SEBASTIAN SAAVEDRA VELASQUEZ (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS MAYO.zip	EVIDENCIAS MAYO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

<input type="checkbox"/>	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 MAYO.pdf	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 MAYO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS JUNIO.zip	EVIDENCIAS JUNIO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CPS 295 - 2024 - JUNIO - SEBASTIAN SAAVEDRA .pdf	CPS 295 - 2024 - JUNIO - SEBASTIAN SAAVEDRA .pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS JULIO.zip	EVIDENCIAS JULIO.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 JUNIO.pdf	certificado de pago secretaria de hacienda CPS 295 - 2024 JUNIO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)



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 CIUDAD BOLIVAR  
CERTIFICA QUE:

Fecha: 20-Agosto-2024 Dependencia: Derechos Humanos.  
El(la) señor(a): Sebastian Saavedra Velasquez.  
Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 1.013.642.703. de Bogota. D.C.  
Correo Personal: Sebassaavedra0730@gmail.com. Celular: 301-542-0574.  
Direccion para notificación (puede ser el correo personal): Sebassaavedra0730@gmail.com.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO	
Contrato No. <u>295-2024.</u>	Proyecto No. <u>3.3.1.16.05.57.1986.</u>
Desde: <u>19-03-2024.</u> Hasta: <u>18-08-2024.</u>	

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD	
<input checked="" type="radio"/> Terminación de contrato	<input type="radio"/> Cesión de contrato
Otra: _____	

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? SI  NO \_\_\_\_\_ CUAL? Sebasm.saavedra@gobiernobogota.gov.co.

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificado <u>[Signature]</u> Nombre <u>NISACI/ARME</u>	Observaciones ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO: <u>2024-8-22</u> BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES: <u>SIN USUARIO SIPSE</u> <u>ANNA DEL PUERTO L.</u>
APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificado <u>[Signature]</u> Nombre <u>[Signature]</u>	Observaciones <u>No tiene pendiente Bogotá</u> <u>A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental no cuentan</u> <u>22-8-2024</u> <u>vacías</u> <u>No registra en base de datos SAN</u>
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificado <u>[Signature]</u> Nombre <u>[Signature]</u>	Observaciones <u>No tiene elementos</u>
ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL Verificado <u>[Signature]</u> Nombre <u>[Signature]</u>	Observaciones <u>No tiene elementos</u>
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificado <u>[Signature]</u> Nombre <u>[Signature]</u>	Observaciones <u>No tiene carne</u>
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificado <u>[Signature]</u> Nombre <u>[Signature]</u>	Observaciones SERIE CONTRATOS: <u>Vigencia 2021 de</u> <u>Sección de</u> <u>[Signature]</u> Ley 694 de 2000 Ley General de Archivo Título IV Artículo 15