

Bogotá D.C 31 de diciembre de 2024

Doctora  
**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**  
**ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE**  
Calle32 Sur No.23-62  
Ciudad

Asunto:(1) Pago - **C.P.S-604 -2024**

Respetada Doctora:

Por medio de la presente remito el informe del contrato de Prestación de Servicios No.604 de 2024 para trámite de pago

Periodo comprendido del 18 al 30 de noviembre del 2024

1. Cuenta de Cobro
2. Informe de Actividades.
3. Planilla pagada
4. Soporte de pago
5. Certificación Tributaria
6. Relación contratos de prestación de servicios
7. Encuesta de salud
8. Rut
9. Rit
10. Certificación bancaria
11. Acta de inicio

Agradezco su amable atención y colaboración



FIRMA

ALEXANDERBAUTISTA CCNo 80024980

Dirección de residencia: TRSV 90 F 87 A 28

Celular personal: 3133848234

Correo personal: [alexba.2427@hotmail.com](mailto:alexba.2427@hotmail.com)

Fecha de nacimiento 27/11/1979

Bogotá D.C 31 de diciembre de 2024

## Cuenta de Cobro No.01

**EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBEURIBE NIT.  
899.999.061-9**

**DEBE A:  
ALEXANDERBAUTISTAARISMENDI  
C.C 80024980**

**LA SUMA DE: 1.213.333**

**SON UN MILLON DOCIENTOS TRESE MIL TRESCIENTO TREINTAY TRES PESOS M/C**

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No.604 del 2024 durante el periodo comprendido entre el **18** al 30 de noviembre de 2024.

**Código actividad económica principal RUT: 8211**

**No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA**

**CERTIFICO QUE:** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, así:

Mes de aporte: NOVIEMBRE

Número de planilla: 1068823912

CONCEPTO	ENTIDAD	VALORAPORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	positiva	\$3.000
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	Salud total	\$70.500
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	porvenir	\$90.200

Mes Favor Consignara: CUENTADE AHORROS No0126000200000510 del banco BBVA



FIRMA

ALEXANDERBAUTISTA CCNo 80024980

Dirección de residencia: TRSV 90 F 87 A 28

Celular personal: 3133848234

Correo personal: [alexba.2427@hotmail.com](mailto:alexba.2427@hotmail.com)

Fecha de nacimiento 27/11/1979



## ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

<b>INFORMEMENSUAL DE ACTIVIDADES 1</b>	
<b>PERÍODO: DE 18 AL 30 NOVIEMBRE 2024.</b>	
<b>DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO</b>	
<b>TIPO DE CONTRATO</b>	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
<b>No. CONTRATO Y FECHA</b>	No.604-2024 de2024
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO)</b>	ALEXANDER BAUTISTA ARISMENDI
<b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN</b>	80024990
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>	2 MESES 15 DIAS
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	7.000.000
<b>VALOR DEL PERÍODO DE COBRO</b>	1.213.333
<b>No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)</b>	O23011605570000001697
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	18/11/2024
<b>PRORROGA</b>	N/A
<b>ADICIÓN</b>	N/A
<b>SUSPENSIÓN</b>	N/A
<b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIÓN)</b>	02/02/2025
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	Apoyar la gestión documental de la Alcaldía local de Rafael Uribe Uribe en la implementación de los procesos de clasificación, ordenación, selección natural, foliación, identificación, levantamiento de inventarios, almacenamiento, aplicación de protocolos de eliminación y transferencias documentales.

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 1: Recibir la documentación e intervenir, verificando mediante punteo cajas y carpetas entregadas para el proceso técnico.</p>	<p>Realizar el levantamiento del inventario del fondo acumulado para procesos de transferencia o para envío a piga para eliminación.</p> <p>Se retira de casa amarilla contratos vigencia 2012 152,159,160,179,177</p> <p>Se intervino contrato 141 142 143 el 2014 hoja de control foliación</p> <p>Clasificar el fondo documental cuando aplique para los procesos de organización.</p> <p>Contrato 363 se organiza y se folea</p> <p>Apoyar el cierre diario del servicio del archivo</p> <p>Realizar la foliación requerida en los expedientes a tratar.</p>	<p>Con 20 cajas</p> <p>Con 5 carpetas 1 caja</p>	<p>Gestión Documental</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 2: Realizar la intervención de metros lineales de la documentación, aplicando la metodología prevista para la organización mediante la clasificación de la misma de acuerdo con los principios archivísticos de procedencia y orden original, depuración limpieza, retiro de material afectado por biodeterioro, revisión, foliación, identificación de las unidades documentales y cajas, almacenamiento respectivo de la documentación producida por la dependencia y elaboración del inventario documental en el formato establecido por la Dirección Administrativa de la SG</p>	<p>Realizar el préstamo y devoluciones de los documentos solicitados por las dependencias. Registrando en el formato establecido para ello.</p> <p>Prestamos 282 2023 283 2023 283 2022</p> <p>Se recibió contrato 363 2023 a la contraloría</p> <p>Se recibe contrato 282 y 283 del 2023</p> <p>Suministrar los insumos archivísticos a las áreas que los soliciten.</p>	<p>Con 10 carpetas 2 cajas</p>	<p>Gestión documental</p>



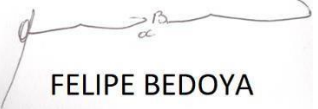


ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
conjunto con el supervisor del contrato pactando según lo establecido en los planes de acción de la dependencia una meta adecuada a las necesidades de la entidad y garantizando que el proceso se cumpla de manera idónea.	No se realiza esta actividad	No se realiza esta actividad	No se realiza esta actividad
avance en el que se describa la totalidad de la documentación intervenida, los procesos efectuados, el resultado acumulado y el faltante para cumplir la meta.	Con el presente informe da cuenta de la ejecución mensual correspondiente al mes de noviembre del 2024.	presentación de informe mensual correspondiente al mes de noviembre de 2024 <b>para un total de 7 metros lineales</b>	CPS197-2024 <b>donde se intervino un total de 7 metros lineales</b>
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5: Las demás obligaciones que sean asignadas por la líder de gestión documental y de acuerdo con el objeto del contrato.	No se realizó esta actividad	No se realizó esta actividad	No se realizó esta actividad.
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
	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR



ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBEURIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
SALUD TOTAL EPS		POSITIVA	PORVENIR
FIRMAS			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado declarando que será responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p>		<p><b>Firma:</b></p>  <p>Nombre: Alexander Bautista Cédula: 80024980</p>	
<p><b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> 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.</p>		<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>	
		<p>Nombre: Diana Carolina Sánchez Castillo Cargo: alcaldesa Local Firma:</p> 	
		<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)</b>	
		<p>Firma</p>  <p><b>FELIPE BEDOYA</b> Andrés Felipe Bedoya Apoyo a la supervisión del contrato</p>	

\*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los que se aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según lo indique el 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.



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-13, 04:03:54 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1068823912

Periodo Cotización:

noviembre de 2024

Periodo Servicio:

noviembre de 2024

Referencia pago (PIN):

8822713987

## PAGADO 12/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDER BAUTISTA ARISMENDI		
Documento	CC80024980	Dirección	TRAN 90F 87A 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3133848234
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	PRE	P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SIN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IBP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80024980	ALEXANDER BAUTISTA ARISMENDI	59	00	X																		0	13	13	0	(230301) PORVENIR	\$ 563.334	\$ 90.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 563.334	\$ 70.500	0,522	\$ 563.334	\$ 3.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 163.700

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 563.334	\$ 563.334	\$ 563.334	\$ 0	\$ 90.200	\$ 70.500	\$ 3.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 163.700	\$ 0	\$ 163.700



Numero de Contrato 604 de 2024

Yo, ALEXANDER BAUTISTA, identificado con cédula de ciudadanía No. 80024980 expedida en la ciudad de Bogotá.

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)		

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL  
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

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 (31) del mes de diciembre de 2024.



FIRMA

ALEXANDER BAUTISTA CCNo 80024980

Dirección de residencia: TRSV 90 F 87 A 28

Celular personal: 3133848234

Correo personal: [alexba.2427@hotmail.com](mailto:alexba.2427@hotmail.com)

Fecha de nacimiento 27/11/1979

Bogotá D. C.,

Señores:  
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO  
ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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

Yo, ALEXANDER BAUTISTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 80024980 me permito informar que actualmente SI \_\_\_\_\_ NO X, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 31 de diciembre de 2024.

FIRMA

ALEXANDERBAUTISTA CCNo 80024980

Dirección de residencia: TRSV 90 F 87 A 28

Celular personal:

3133848234 Correo personal:

[alexba.2427@hotmail.com](mailto:alexba.2427@hotmail.com)

Fecha de nacimiento 27/11/197

**FORMULARIO DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

**IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:**

Nombres: ALEXANDER

Apellidos: BAUTISTA ARISMENDI

Documento de identidad: 80024980

Celular: 3133848234

Número y contacto en caso de emergencia: 6013921325

Correo electrónico: alexba2427hotmail.com

*Se debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales, su condición de salud actual y pasada, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.*

	<b>PREGUNTA</b>	Si	No
1	¿Refiere algún tipo de comorbilidad o enfermedad de base?		X
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?		X
4	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta?		X
5	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco, angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?		X
6	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar alta en la sangre?		X
7	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?		X
8	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?		X
9	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?		X
10	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, otro?		X
11	¿Sufre o ha sufrido cáncer?		X
12	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, otra?		X
14	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?		X
16	¿Consumo algún medicamento en forma crónica y/o permanente?		X
17	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?		X
18	¿Algún familiar cercano (padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?		X
19	¿Cuál es su peso?	62 k	
20	¿Cuál es su estatura?	163	
<b>OTROS EVENTOS Y HABITOS</b>			
1	¿Se le ha reconocido por EPS o ALR alguna enfermedad Laboral?		X
	Describe:		
3	¿Ha sufrido algún accidente laboral?		X
	Describe:		
4	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)		X
5	¿Consumo licor frecuentemente (una vez por semana)?		X
7	¿Sufre de alguna discapacidad Física y o mental?		X
	Describe:		

**Firma del Contratista:**



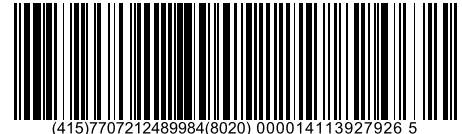
Fecha: 18 NOVIEMBRE 2024



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141139279265



(415)7707212489984(8020) 000014113927926 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

8 0 0 2 4 9 8 0

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

8 0 0 2 4 9 8 0

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BAUTISTA

32. Segundo apellido

ARISMENDI

33. Primer nombre

ALEXANDER

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 90 F 87 A 28 BRR QUIRIGUA

42. Correo electrónico

alexba.2427@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 3 2 8 4 7 6 3

45. Teléfono 2

6 0 1 3 9 2 1 3 2 5

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

## Actividad secundaria

## Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

5 9 1 1

2 0 2 2, 1 0, 0 1

8 2 9 9

2 0 2 3, 0 6, 3 0

4 1 3 2

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

**IMPORTANTE:** Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

61. Fecha

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo



BBVA COLOMBIA  
NIT 860.003.020-1

**CERTIFICA**

Que **ALEXANDER BAUTISTA ARISMENDI** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 80.024.980** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130126000200000510** aperturada el **14 de julio de 2023**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **126000510**

10 dígitos: **0126000510**

16 dígitos: **0126000200000510**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **28 de octubre de 2024** a las **09:30**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRÁFICA

FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

## ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista ALEXANDER BAUTISTA ARISMENDI 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 18 de noviembre de 2024 y el 30 de noviembre de 2024

Contrato: No. CPS-604-2024  
Tipo de Contrato: Prestación de servicios  
Contratista: ALEXANDERBAUTISTAARISMENDI  
Cédula NIT No. 80024980  
Objeto: APOYAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN, SELECCIÓN NATURAL, FOLIACIÓN, IDENTIFICACIÓN, LEVANTAMIENTO DE INVENTARIOS, ALMACENAMIENTO Y APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ELIMINACIÓN Y TRASFERENCIAS DOCUMENTALES.  
Plazo del contrato: 2 meses 15 días  
Fecha iniciación: 18/11/2024  
Fecha determinación: 02/02/2025  
Prórroga(s) NA  
Valor inicial pactado: \$7.000.000  
Valor adicional: NA  
Valor a pagar: \$ 1.213.333 -  
No. de pago: 1  
Numero de PIN: 1068823912  
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 al 31 día del mes de diciembre de dos mil veinticuatro 2024. Interventor o Supervisor,



Diana Carolina Sánchez Castillo  
Alcaldesa Local Rafael Uribe Uribe  
C.C. No. 52.833.374 de Bogotá



FELIPE BEDOYA  
Andres Felipe Bedoya Ramirez

CC 71.364.780 de Medellín

## ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE

### ACTA DE INICIO

#### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 604 de 2024

**CONTRATISTA:** BAUTISTA ARISMENDI ALEXANDER

**OBJETO:** APOYAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN, SELECCIÓN NATURAL, FOLIACIÓN, IDENTIFICACIÓN, LEVANTAMIENTO DE INVENTARIOS, ALMACENAMIENTO Y APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ELIMINACIÓN Y TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES.

**VALOR:** \$ 7.000.000,00

**PLAZO:** 2 mes(es), 15 día(s)

El día 18 de NOV de 2024 se reunieron BAUTISTA ARISMENDI ALEXANDER , mayor de edad, con C.C. No 80024980, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 604 de 2024, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

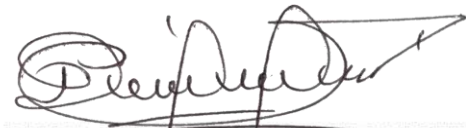
Contratista,



**BAUTISTA ARISMENDI ALEXANDER**

C.C. No 80024980

Por la ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE,



**DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO**

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR