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 -1 Abril de 2026 **CUENTA DE COBRO NUMERO** 1 DE 7

Yo Rogger Alexis Lopez Sabogal 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 de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI [X] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

SI [ ] **NO** [X] 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:

Rogger Alexis Lopez Sabogal C.C. 1.023.965.659

Por Concepto de: PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO EN LAS DIFERENTES TAREAS DE BODEGAJE, TRASLADOS, MONTAJES Y DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS A CARGO DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

Periodo comprendido entre: 17 Febrero - 28 Febrero del 2026

La suma de: 1.306.667 Un millón trecientos seis mil seiscientos sesenta y siete

Tipo de Contrato Prestación de servicios 217-2026 CPS-AG (147673) Pago No 1 DE 7

Planilla Pago de seguridad Social No	50142643	y	
Periodo cotizado	ENERO	y	
Fecha de pago	11/02/2026	y	
Ingreso Base de Cotización	$1,750,905	y	

IBC SEGÚN VALOR COBRADO 1.750.905

Favor Consignar en Banco: BANCOLOMBIA Cuenta Ahorros No 91280453876

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 217-2026 CPS-AG (147673) 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: Rogger lopez s.
DIRECCION: CARRERA 13 A ESTE # 17C - 17 SUR TELEFONO: 3242898071
Correo electrónico contacto: lopezrogger754@gmail.com

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 01 DE ABRIL DE 2026 NÚMERO INFORME: 01 PERÍODO: FEBRERO 17 DE 2026 - 28 DE FEBRERO DE 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	217-2026 CPS-AG (147673) 22 ENERO 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ROGGER ALEXIS LOPEZ SABOGAL
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C. 1023965659
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$16.800.000
NÚMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	612 DEL 27 DE ENERO DEL 2026
VALOR DEL PERÍODO DE COBRO	$ 1.306.667
FECHA ACTA DE INICIO	17 FEBRERO DEL 2026
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
REINICIO	N/A
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$16.800.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	6 MESE Type your text
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	16 DE AGOSTO DE 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO EN LAS DIFERENTES TAREAS DE BODEGAJE, TRASLADOS, MONTAJES Y DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS A CARGO DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	**ARL**	**PENSION**
FAMISANAR	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A	COLPENSIONES
NÚMERO DE PLANILLA	**PERÍODO COTIZADO**	
50142643	ENERO	

[1] 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

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 1	
Apoyar el proceso de recepción por parte de las Inspecciones y del Comando de Policía E-14, los bienes objeto de decomiso, cualquiera sea su causa. Tal entrega se hará mediante acta en donde se describen las características, especificaciones, cantidad de los elementos y el estado general de los mismos, conforme los lineamientos que le sean impartidos por la supervisión del contrato.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No se presentaron solicitudes de apoyo para esta actividad.	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #2	
Entregar a quién disponga de las correspondientes Inspecciones los bienes objeto de decomiso, previa suscripción de la autorización respectiva, según los lineamientos de la supervisión del contrato	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No se recibieron objetos de decomiso por la inspección	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #3	
Acatar las medidas de seguridad y de cuidado para proteger los objetos entregados bajo su custodia.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
En atención a los compromisos establecidos en el contrato. Se realizan las actividades de siguiendo los procedimientos y directrices del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo(SGSST) de la SDG y el FDLM.	Formato de control y evidencia fotográfica en archivo PDF
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 4	
Prestar apoyo logístico a la Alcaldía Local de los Mártires en los eventos que se requieran o que soliciten a la Alcaldía las comunidades, con la disposición montaje y custodia de tarimas, carpas, mesas, sillas etc.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No se recibieron objetos de decomiso por la inspección	

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 5	
Suministrar oportunamente al apoyo a la supervisión del contrato, la información que le permita verificar el cumplimiento del mismo.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza verificacion de placas y estado del inmueble para acta de traslado	Formato de control y evidencia fotográfica

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #6	
Apoyar a las diferentes áreas cuando lo requieran en el traslado de elementos, muebles, modulares, etc.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza verificación y ubicación de bienes de gobierno para verificación de placas para traslado	Formato de control y evidencia fotográfica

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #7	
Realizar a través de la Plataforma Moodle, el Curso de Servicio Atención a la Ciudadanía -La Ciudadanía, Nuestra Razón de Ser, durante el tercer mes de ejecución del contrato y aportar el certificado respectivo (cuya vigencia corresponderá a 3 años contados a partir de su expedición) al supervisor para la tercera cuenta de cobro. De igual forma deberá efectuarse el curso "INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION", conforme a lo indicado en el memorando 20254100174483 en la página web de la función pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva_/curso-integridad para el primer pago	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realizó el curso "Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción" dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, conforme a lo establecido en el memorando 20254100174483, y se adjunta el certificado correspondiente para el trámite del primer pago.	Curso aprobado

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #8	
Entregar al área correspondiente los elementos de propiedad de la alcaldía (chaquetas, cascos, elementos de protección, etc.) que le hayan sido asignados durante la ejecución del contrato, como requisito para aprobar el penúltimo pago.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Teniendo en cuenta que el contrato se encuentra en su primer mes de ejecución, la presente obligación aún no es exigible en esta etapa contractual. No obstante, se deja constancia del compromiso de dar cumplimiento dentro de los términos y plazos establecidos, y de aportar los soportes correspondientes cuando sea requerido para el trámite del pago respectivo.	No aplica

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #9	
Las demás que le asigne el Alcalde Local y que surjan de la naturaleza del contrato.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
SE ASISTE A REUNION DE EQUIPO CITADA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO	Formato de control y evidencia fotográfica en archivo PDF

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

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 efectivamente desarrolladas en el período 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.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "…los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido…", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

CONTRATISTA

Firma:

Rogger lopez s.

Nombre: ROGEGR ALEXIS LOPEZ SABOGAL
Cédula: 1023965659

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: John Jader Suárez Delgado
Cargo: Alcalde Local

Firma: SUAREZ DELGADO JOHN JADER

Firmado digitalmente por SUAREZ DELGADO JOHN JADER
Fecha: 2026.04.01 18:38:06 -05'00'

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)

Nombre: NELLY MARGOTH TORRES RUIZ
cc.52429649

Cargo: Apoyo a la Supervisión

Firma:

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	1023965659	ROGGER ALEXIS LOPEZ SABOGAL	carrera 13 a este #17c - 17 sur	3227689233	lopezrogger754@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		50142643	11/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$499.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										

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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

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	1023965659	ROGGER ALEXIS LOPEZ SABOGAL	carrera 13 a este #17c - 17 sur	3227689233	lopezrogger754@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		50142643	11/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$499.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1023965659	LOPEZ SABOGAL ROGGER ALEXIS	3	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
Secretaría Gobierno

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	ROGGER ALEXIS LOPEZ SABOGAL	Area de Gestion de Desarrollo Local Martires

Radicados: Buscar

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

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 217 de 2026

Yo,Rogger Alexis Lopez Sabogal, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1023965659 expedida en Bogota D.C.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	**NO**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	**NO**
Soy Declarante de Renta año 2025	**NO**
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	**SI**

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

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)	**NO**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	
¿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)	**NO**
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**NO**

Se expide y firma a los (1) días del mes de Abril del 2026.

Firma: Rogger lopez s.

Nombre: Rogger Alexis Lopez Sabogal

C.C: 1023965659

Dirección de correspondencia: carrera 13 a este #17c - 17 sur

Teléfono de contacto: 3242898071

Correo electrónico institucional: rogger.lopez@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: lopezrogger754@gmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES

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

Yo, Rogger Alexis López Sabogal, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1023965659, 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 01 de abril de 2026.

Rogger lopez s.

Firma:
Nombre: Rogger Alexis López Sabogal
C.C: 1023965659
Dirección de Residencia: Cra 13 a este No. 17 c 17 sur
Teléfono de contacto: 3242898071
Correo electrónico institucional: rogger.lopez@gobiernobogota.gov.co
Correo electrónico de notificación: lopezrogger754@gmail.com

CER_AFI_2026013336405

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ROGGER ALEXIS LOPEZ SABOGAL identificado con CC. 1023965659 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	Secretaría Distrital de Gobierno		
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999061	**Nit descentralizado**	6

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/29	**Fecha inicio contrato**	2026/01/28
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/08/10
Riesgo	5	**Código actividad económica**	5842302 - Orden publico y actividades de seguridad, incluye administracion y funcionamiento de servicios regulares y auxiliares de los
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/08/10	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28012026N1023965659A4516629.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.