2/5/22, 12:35 Sticker web

Alcaldía Local de Mártires
R No. 2022-641-002441-2
2022-05-02 12:28 - Folios: 12 Anexos: UN
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem D: DIANA ALEXANDRA JIMENEZ A

https://cdl.gobiernobogota.gov.co/cdi/radi... 1/1

Bogotá, D.C., mayo 02 del 2022

Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES
Atn:
Supervisor: Juan Rachif Cabarcas Rahman, Alcalde Local de los Mártires
Apoyo a la Supervisión: Johnny Antonio Chinchilla Rangel
Ciudad.

REF: Presentación de Informe de actividades del periodo comprendido entre 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL 2022.

Cordial saludo:

En relación al asunto anexo informe de actividades No.3 que comprende lo realizado en el período del 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL 2022. Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento al objeto del Contrato de Prestación de Servicios No. 079 de 2022.

Así mismo adjunto el pago al sistema general de Pensión, Salud y ARL, para los fines y trámites correspondientes.

Cordialmente,

DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA
Contratista
C.C. No. 1.030.534.528 de Bogotá

Folios (19) y un (1) CD

CUENTA DE COBRO No. 3

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES

DEBE A:

DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA
C.C. No. 1.030.534.528 de Bogotá

LA SUMA DE:

SIETE MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE

($7.100.000.00)

POR CONCEPTO:

Labores realizadas según el contrato de prestación de servicios **No 079 de 2022**, que se relacionan en el informe de actividades No. 003. Periodo comprendido entre el 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL 2022.

Favor consignar en la Cuenta de Ahorros de Bancolombia, No 23151416063

Cordialmente,

DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA
C.C. No.1.030.534.528 de BOGOTA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030534528		JIMENEZ ARIZA DIANA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 44 D No 45-86	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7682855	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1417930111	9432599123	I	2022/04/07	2022/04/19	BANCOLOMBIA	12	$809,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1030534528	JIMENEZ DIANA	230301	30	$2,840,000	$454,400	EPS001	30	$2,840,000	$355,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,840,000	$454,400			$2,840,000	$355,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$454,400	$0	$0	$454,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$454,400	$0	$0	$454,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$355,000	$0	$0	$355,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$355,000	$0	$0	$355,000
TOTAL				1	$809,400	$0	$0	$809,400

2022/04/18 06:33 PM

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato __079_____ de _2022_____

Yo, __DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA_____, identificado con cédula de ciudadanía No _1.030.534.528_____expedida en la ciudad de __Bogotá_____

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		x
Soy Declarante de Renta año **2021**	x	
Debo presentar Declaración de Ingresos de vigencia anterior por contratos superiores a 3500 UVT		x
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta		x
Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	x	

Nota: En cumplimiento del Decreto 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 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016.

CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		x
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		x
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		x
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **2021** (Anexar certificación en la primera cuenta)		x
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2021** (Anexar certificación en la primera cuenta)		x

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 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 (_2_) días del mes de _____Mayo_____ del 2022_.

Firma: _____
Nombre: DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA
C.C:1030534528 DE BOGOTA
Dirección laboral: AV Calle 19 No 28-80 PISO 7
Teléfono laboral: 3759531
Correo electrónico institucional: diana.jimenez@gobiernobogota.gov.co

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 029-2022 de 28/01/2022, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	2	MES	5	AÑO	2022

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA	1.030.534.528	INGENIERA DE INFRESTRUCTURA	3118571915

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
DIANA ISABELLA HERNANDEZ JIMENEZ	HIJA	7 AÑOS	NINGUNO
JULIAN ANDRES HERNANDEZ JIMENEZ	HIJO	18 MESES	NINGUNO

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

X	Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
Requisito:	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

* Nombre del estudiante
* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria

	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisito:

* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal

	El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

* Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO:_ Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requeridos en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1011237591

Indicativo Serial: 55475958

55475958

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 30 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 8 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	JIMENEZ

Nombre(s): DIANA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes MAR Día 29	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	53112000-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ ARIZA DIANA ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1030534928	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ BARRERA JULIAN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79958741	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ BARRERA JULIAN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79958741	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autorizó el registro civil
Año 2015 Mes MAR Día 30	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

Reconocimiento	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 144 FOLIO 286

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Valido para acreditar nacionalidad colombiana.

Se expide a solicitud de Julian Alberto Hernandez

Bogotá D.C. 01 ABR. 2015

LA OFICINA DE REGISTRO - EL INFRASCRITO ... D.C. EL ... CERTIFICA QUE LA PRESENTE COPIA CONCUERDA EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE HE TENIDO A LA VISTA.

... FEB 2020

GABRIEL URIBE ROLDAN
Notaría

Jhonatan Segura
REVISADO

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., 02 de mayo de 2022.

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.030.534.528, 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 02 de Mayo de 2022.

Firma:
Nombre: DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA
C.C: 1.030.534.528 de Bogotá
Dirección de Residencia: Calle 44 D No 45-86 – Bogotá D.C
Teléfono de contacto: 3118571915
Correo electrónico institucional: diana.jimenez@gobierno.bogota.gov.co
Correo electrónico de notificación: dianaalexandrajimenez@gmail.com



- Mis Consultas
- Mis Planillas de Envio
- 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)

Gobierno

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA	Area de Gestion de Desarrollo Local Martires

Radicados: Buscar

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


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.8260424
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PSMFormato_CRP5000289610.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Certificado afiliacion ARL.pdf
DIANA ALEXANDRA JIMENEZ.pdf
DELEGACION- ASIGNACION DE APOYO A LA SUPERVISION.pdf
1-Informe CPS-079-2022 DIANA JIMENEZ (28 ENERO AL 28 FEBRERO 2022).pdf
Proveedor
2-Informe CPS-079-2022 DIANA JIMENEZ (1 MARZO AL 31 MARZO 2022).pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

78