

Bogotá, D.C., 02 de Mayo

2/5/22, 15:01

Sticker web

Alcaldía Local de Mártires

R. No. 2022-641-002452-2

2022-05-02 15:01 - Folio: 8 Anexos: 01

Destino: Área de Gestión de Desarr

Rem D: JAVIER CRUZ VALBUENA



<https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/radi...> 1/1

Señores:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE LOS MÁRTIRES

Supervisor: **VICTOR FERNANDO ENCISO CONTRERAS**

Ciudad.

REF: Presentación de Informe de actividades del periodo comprendido entre el 01 Abril al 30 de Abril de 2022.

Cordial saludo,

En relación al asunto anexo informe de actividades, **No. 003** que comprende lo realizado en el periodo, 01 Abril al 30 de Abril de 2022. Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento al objeto del Contrato de Prestación de Servicios **No. 054 de 2022**

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

Cordialmente,

JAVIER CRUZ VALBUENA
79.611.892 DE BOGOTA

CUENTA DE COBRO No. 003

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES

DEBE A:

**JAVIER CRUZ VALBUENA
79.611.892 DE BOGOTA**

LA SUMA DE:

Dos Millones Seiscientos Mil Pesos M/cte

\$ 2.600.000

POR CONCEPTO:

Labores realizadas según el contrato de prestación de servicios **No.054** que se relacionan en el informe de actividades **No.003**. Periodo comprendido entre el 01 de Abril al 30 de Abril de 2022.

Favor girar los recursos en la:

Cuenta de Ahorros No. 1008338988 del Banco Scotiabank Colpatría

Cordialmente,


**JAVIER CRUZ VALBUENA
79.611.892 DE BOGOTA**

Numero de Contrato 054 del 26 de Enero de 2022

Yo, **JAVIER CRUZ VALVUENA**, identificado con cédula de ciudadanía No 79. 611.892 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) (<u>Anexar soporte de pago de aporte mensual</u>)		x
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (<u>diferentes a los obligatorios</u> - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		x
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: 2021 (<u>Anexar certificación en la primera cuenta</u>)		x
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2021 (<u>Anexar certificación en la primera cuenta</u>)		x

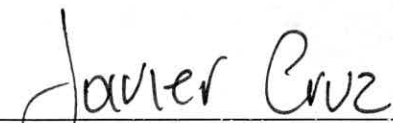
**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL
CONTRATISTA**

Declaración Juramentada

Certifico 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 02 días del mes de Mayo del 2022.

Firma:

Nombre: **JAVIER CRUZ VALBUENA**

C.C: 79.611.892 de Bogotá

Dirección laboral: Av calle 19 No. 28-80

Teléfono laboral: 3178838741

Correo electrónico institucional: javier.cruz@gobiernobogota.gov.co

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° 054 de FECHA DEL 26 DE ENERO DE 2022, que suscribí con la FONDO DESARROLLO LOCAL MARTIRES, 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
JAVIER CRUZ VALBUENA	79,611,892	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES	

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

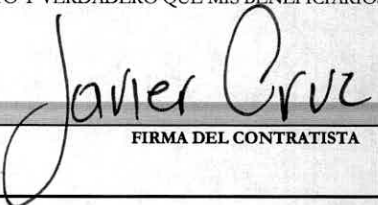
NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE

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

- ☐ 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 ECONÓMICAMENTE 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 requisito 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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79611892		CRUZ VALBUENA JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 36 L SUR # 1 A 91 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2062830	SI

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	1411493255	9433199508	I	2022/04/25	2022/04/13	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$592,100

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$10,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$10,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$10,700		\$0	\$0	
1	CC 79611892	CRUZ JAVIER	230301	30	\$2,040,000	\$326,400	EPS017	30	\$2,040,000	\$255,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,040,000	\$10,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$10,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79611892		CRUZ VALBUENA JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 36 L SUR # 1 A 91 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2062830	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2022-03	2022-03	1411493255	9433199508	I	2022/04/25	2022/04/13	SCCTIABANK COLPATRIA	0
								Valor
								\$592,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$326,400	\$0	\$0	\$326,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$326,400	\$0	\$0	\$326,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,700	\$0	\$0	\$10,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,700	\$0	\$0	\$10,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,000	\$0	\$0	\$255,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$255,000	\$0	\$0	\$255,000
TOTAL				1	\$592,100	\$0	\$0	\$592,100

**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:

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, **JAVIER CRUZ VALVUENA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79.611.892, me permito informar que actualmente **SI X NO** 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	ALCALDÍA LOCAL DE CIUDAD BOLIVAR	208	8 MESES	20.000.000	27/02/2022	26/09/2022
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 02 de Mayo de 2022.

Firma:

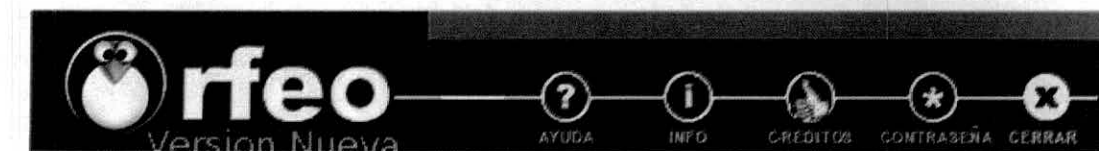
Nombre: **JAVIER CRUZ VALVUENA**

C.C: 79.611.892 de Bogotá

Dirección laboral: Av calle 19 No. 28-80

Teléfono laboral: 3178838741

Correo electrónico institucional: javier.cruz@gobiernobogota.gov.co



Mis Consultas

Mis Planillas de Envío

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)



LISTADO DE: USUARIO: DEPENDENCIA:

Entrada JAVIER CRUZ Area de Gestion Policiva
VALBUENA Juridica Martires

Radicados:

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

No se encuentran radicados con los datos de búsqueda digitados.



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio Menú Administración de contratos Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda

- 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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ 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

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ CRP.pdf	CRP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ ARL JAVIER CRUZ VALBUENA.pdf	ARL JAVIER CRUZ VALBUENA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ cuenta de cobro enero y febrero martires 2022.pdf	cuenta de cobro enero y febrero martires 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ informe de actividades enero y febrero martires 2022.pdf	informe de actividades enero y febrero martires 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ JAVIER CRUZ VALBUENA.pdf	JAVIER CRUZ VALBUENA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ SUPERVISION.pdf	SUPERVISION.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ actividades marzo martires.pdf	actividades marzo martires.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ cuenta de cobro marzo martires.pdf	cuenta de cobro marzo martires.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Cancelar

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >