EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ
Transformamos ciudad

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Proceso de Gestión Contractual

INFORMACIÓN DE CONTRATO

Contrato N°	112-2019				
Fecha de Inicio:	2019-02-08	**Plazo de Ejecución:**	11 meses y 24 días	**Fecha de Terminación:**	2020-01-31
Objeto Contractual:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANÁLISIS, FORMULACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS PROYECTOS Y NEGOCIOS INMOBILIARIOS PRIORIZADOS POR LA EMPRESA.				
Valor total del contrato:	$88,104,582	OCHENTA Y OCHO MILLONES CIENTO CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre:	BORBON VEGA ERIKA JOHANA	**Tipo Ide.:**	CC	**# Ide.:**	1031121977
Código(s) Presupuestal(es)	3340115021401340				
Rubro(s) Presupuestal(es)	00083 - FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE DESARROLLO Y RENOVACIÓN URBANA				
Número(s) CRP(s)	201902 - 534				

DATOS DE LA FACTURA(S) O CUENTA (S) DE COBRO AUTORIZADA(S)

No. Factura o Cuenta de Cobro	1	**Fecha:**	26/02/2019
Periodo a certificar:	DEL 8 A 28 DE FEBRERO DE 2019		
Valor a Pagar:	$5,724,309.00	(CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA)	
Proyecto Inmobiliario:	APOYO A LA SGI	**Porcentaje:**	100 %

Observaciones:

Se certifica que:

Que de conformidad con el Informe de Actividades presentado para el periodo referido; el contratista cumplió con las obligaciones establecidas contractualmente y realizó el pago de aportes de seguridad social en salud, pensión y ARL. En consecuencia se autoriza el pago del valor indicado en el presente certificado.

Supervisor (es) / Interventor (es)

LAVERDE MAZABEL LUIS EDUARDO
C.C. 80416822
SUBGERENTE GENERAL DE ENTIDAD DESCENTRA
SUBGERENCIA DE GESTIÓN INMOBILIARIA

EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ

No: 20194200021902 Folios:9 Anexos: Fecha: 27/02/2019 11:25am Cód veri: 0cc89 Remitente: Erika Johana Borbon Vega EBORBONV

FECHA EXPEDICIÓN:	26/02/2019

Cuenta de cobro No.: **001**
Bogotá D.C, 26 de febrero de 2019

LA EMPRESA DE RENOVACION Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ D.C
Nit. 830.144.890-8

Debe a:
ERIKA JOHANA BORBÓN VEGA
C.C. 1031121977

La suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS NUEVE **Pesos M/CTE ($** 5.724.309,00) por concepto de prestación de servicios generados en virtud del contrato 112 de 2019 correspondiente a las labores ejecutadas del 8 de febrero de 2019 al 28 de febrero de 2019.

Se firma en Bogotá a los 26 días del mes de febrero de 2019.

ERIKA JOHANA BORBÓN VEGA
C.C. 1031121977 de Bogotá

Información para transferencia bancaria:

Entidad financiera: DAVIVIENDA
Cuenta de ahorros No. 0550473400014287

EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ	**INFORME DE ACTIVIDADES**

DATOS DEL INFORME					
CONTRATISTA:	ERIKA JOHANA BORBÓN VEGA		**IDENTIFICACIÓN:**	CC1031121977	
PERÍODO DEL INFORME:	Del 8 de febrero del año 2019 al 28 de febrero del año 2019	**VALOR A PAGAR:**	$ 5.724.309.00	**PAGO NÚMERO:**	1
DATOS DEL CONTRATO					
No. CONTRATO:	**112-2019**	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:**	6 del febrero de 2019	**FECHA DE INICIO:**	08 del febrero de 2019
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANÁLISIS, FORMULACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS PROYECTOS Y NEGOCIOS INMOBILIARIOS PRIORIZADOS POR LA EMPRESA.					
VALOR DEL CONTRATO:	$ 88.104.582,00	**PLAZO:**	ONCE (11) meses y VEINTICUATRO (24) dias	**FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS):**	31 del enero de 2020
ADICIÓN (Valor):	$ 0	**PRÓRROGA (Tiempo):**	CERO (0) meses		
NOMBRE DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR:	LUIS EDUARDO LAVERDE MAZABEL	**CARGO O VINCULACIÓN DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR:**	SUBGERENTE DE GESTIÓN INMOBILIARIA		

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	AVANCES/ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIA	UBICACIÓN DE LA EVIDENCIA
Elaborar las simulaciones financieras que se requieran para la formulación de proyectos priorizados por la empresa.	Se realizó reconocimiento de la información asociada, se realizó modelación del proyecto San Bernardo y se realizaron estudiaron distintos escenarios de desarrollo.		N:\FINANCIERA\04 PROYECTOS\5.1 EN CURSO\SAN BERNARDO\00 ESCENARIOS DINAMICOS\30. 01Feb Cabida 31012019\12.SB_ Estatico 25022019
Elaborar los repartos de cargas y beneficios que se requieran para la formulación de proyectos priorizados por la empresa.	Durante el periodo de la presente informe no se requirieron repartos de los proyectos asociados.	No aplica para el presente informe.	No aplica para el presente informe
Elaborar los componentes económicos y financieros para los documentos que soporten los intrumentos de gestión de suelo que formule la Entidad	Durante el periodo de la presente informe no se requirieron documentos economicos de los proyectos asociados para instrumentos de gestión del suelo.	No aplica para el presente informe	No aplica para el presente informe
Preparar informes, presentaciones y respuestas a solicitudes que se requieran en el marco de los proyectos asignados	Se aportó información a la GERENCIA DE ESTRUCTURACIÓN para la presentación de avance del proyecto SAN BERNARDO	Presentación SB - 19022019	N:\FINANCIERA\04 PROYECTOS\5.1 EN CURSO\SAN BERNARDO\00 ESCENARIOS DINAMICOS\30. 01Feb Cabida 31012019
Asistir a las reuniones que se requieran para el cumplimiento de las funciones y objeto del contrato.	A. Reuniones de revisión de estado de modelaciones de proyecto SAN BERNADO con GERENTE DE ESTRUCTURACIÓN B. Reunión avance SAN BERNARDO Febrero 18 de 2019	A. Modelaciónes y escenarios para el proyecto SAN BERNARDO  B. Lista de asistencia reposa en área de GERENTE DE PROYECTO DE PIEZA CENTRO	A. N:\FINANCIERA\04 PROYECTOS\5.1 EN CURSO\SAN BERNARDO\00 ESCENARIOS DINAMICOS\30. 01Feb Cabida 31012019\12.SB_ Estatico 25022019 B. Lista de asistencia reposa en área de GERENTE DE PROYECTO DE PIEZA CENTRO

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y a la fecha se encuentren pendientes de trámite
NO APLICA

DECLARACIÓN: 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 en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	**SURA EPS**	**Empresa:**	**PORVENIR**	**Empresa:**	**ARL POSITIVA**
Suma cancelada:	**$ 219.500**	**Suma cancelada:**	**$ 280.900**	**Suma cancelada:**	**$ 9.200**
No Planilla:	**33250381**	**No Planilla:**	**33250381**	**No Planilla:**	**33255872**
Mes(es) cancelado(s):	**febrero**	**Mes(es) cancelado(s):**	**febrero**	**Mes(es) cancelado(s):**	**febrero**

FIRMA CONTRATISTA	

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	1031121977	ERIKA JOHANA BORBON VEGA		Autopista Norte N 128D 20 Apto 412	3027708	erika.borbon@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-02	2019-02	I	26/02/2019	33250381	$500.400

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	219.500	0		0		0	0	0	0	219.500	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	280.900	0	0	0	0	0	0		280.900	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	219.500	219.500
Pensión	1	280.900	280.900
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	500.400	500.400

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	1031121977	ERIKA JOHANA BORBON VEGA		Autopista Norte N 128D 20 Apto 412	3027708	erika.borbon@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-02	2019-02	I	26/02/2019	33250381	$500.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	1031121977	BORBÓN VEGA ERIKA JOHANA	3	0			N	X																230301	1.755.455	280.900	0	0	0	0	EPS010	1.755.455	219.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0

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	1031121977	ERIKA JOHANA BORBON VEGA		Autopista Norte N 128D 20 Apto 412	3027708	erika.borbon@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
33250381	26/02/2019				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-02	2019-02	N	26/02/2019	33255872	$9.200

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					

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

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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	9.200	9.200

PAGADA 33255872

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	1031121977	ERIKA JOHANA BORBON VEGA		Autopista Norte N 128D 20 Apto 412	3027708	erika.borbon@hotmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
33250381	26/02/2019				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02	N	26/02/2019	33255872	$9.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. 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	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	1031121977	BORBÓN VEGA ERIKA JOHANA	59	0			N	X																230301	1.755.455	280.900	0	0	0	0	EPS010	1.755.455	219.500	14-23	1.755.455	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

6

ERIKA BORBÓN
26-2-19

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, ERIKA JOHANA BORBÓN VEGA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1031121977, manifiesto **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

1. De acuerdo al Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, en concordancia con el artículo 135 de la ley 1753 de 2015, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden a los ingresos provenientes por el periodo febrero del contrato No. 112 de 2019 materia del pago sujeto a retención en la fuente en Renta e ICA y pueden tomarse como deducción

   SI _X_ NO ____

2. De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Artículo 18 que adiciona el artículo 388 de Estatuto Tributario.

   He contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad

   SI ____ NO _X_

3. Que el monto de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras durante el año inmediatamente anterior o durante este año:

   Supera la suma de 3.500 UVT (año 2018 UVT $33.156 = $116.046.000); (año 2019 UVT $34.270) = $119.945.000)

   SI ____ NO _X_

4. Que el año inmediatamente anterior obtuve ingresos brutos totales provenientes de la actividad inferiores a la suma de 3.500 UVT (año 2018 UVT $33.156 = $116.046.000)

   SI ____ NO _X_

5. Que según el artículo 4° de la Ley 1943 de 2018 que adiciona el parágrafo 3 al artículo 437 del Estatuto Tributario me encuentro registrado como responsable del impuesto a las ventas IVA.

   SI ____ NO _X_

6. Que de acuerdo con el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 que sustituyó el Libro Octavo del Estatuto Tributario, me encuentro registrado en el RUT como contribuyente del impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

   SI _X_ NO ____

7. SI _X_ NO ____ soy Declarante del Impuesto de Renta por el año gravable 2018

8. Para efecto de la aplicación de deducciones en la base de retención en la fuente establecidas en el Art. 387 del Estatuto Tributario, favor diligencie los espacios señalados a continuación:

- Solicito deducción por pago de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos de adquisición de vivienda: SI____ NO _X_.
  Para lo cual adjunto certificado correspondiente del año inmediatamente anterior.

- Solicito deducción por pagos de salud prepagada señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario: SI____ NO _X_.

ERIKA BORBÓN
26-2-19

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para lo cual adjunto certificado correspondiente del año inmediatamente anterior.

- Solicito deducción por dependientes, así:

  ✓ Hijos menores de 18 años y dependen económicamente de mí: SI__X__ NO ___.
  Para lo cual adjunto copia del (los) registro(s) civil de nacimiento.

  ✓ Hijos con edad entre 18 y 23 años, que se encuentran estudiando actualmente, cuya educación es financiada por mí: SI____ NO _X__.
  Para lo cual adjunto certificado entidad educativa y copia del (los) registro(s) civil de nacimiento

  ✓ Hijos de cualquier edad, padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos: SI____ NO _X__.
  Para lo cual adjunto certificado y/o examen médico expedido por Medicina Legal o E.P.S. donde se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente

  ✓ Conyugue o compañero(a), padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($8.910.000): SI____ NO _X__.
  Para lo cual adjunto certificación firmada por contador público y copia de la tarjeta profesional

9. Adicional a lo anterior, me comprometo a informar cualquier novedad que pueda surgir con respecto a todos los datos consignados en esta declaración.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá, a los 26 días del mes de febrero de 2019.

Atentamente,

ERIKA JOHANA BORBÓN VEGA

Cedula 1031121977 de BOGOTÁ

7

EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ	**ACTA DE INICIO**
	Proceso de Gestión Contractual

I. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

1. **No. Contrato** 112-2019
2. **Nombre del Contratista:** BORBON VEGA ERIKA JOHANA
3. **Identificación:** 1031121977
4. **Coordinador / Supervisor:** LAVERDE MAZABEL LUIS EDUARDO
5. **Objeto:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ANÁLISIS, FORMULACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LOS PROYECTOS Y NEGOCIOS INMOBILIARIOS PRIORIZADOS POR LA EMPRESA.

II. DECLARACIÓN DE INICIACIÓN

1. **Valor del contrato:** 88,104,582.00
2. **Fecha de iniciación:** 08-febrero-2019
3. **Plazo:** 11 meses y 24 días
4. **Fecha de terminación:** 31-enero-2020

III. AUTORIZACIÓN

Se firma la presente acta en Bogotá D.C., a los 08 días del mes de febrero de 2019

Supervisor:
LAVERDE MAZABEL LUIS EDUARDO
Firma: _____

Contratista:
BORBON VEGA ERIKA JOHANA
Firma: _____

DAVIVIENDA

6

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **26/02/2019**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ERIKA JOHANA BORBON VEGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1031121977**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550473400014287**
Fecha de apertura	**19/06/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

Espacio reservado para el sello de radicación

I. TIPO DE NOVEDAD ☐ Afiliación ☐ Novedad ☐ Traslado

Fecha de Radicación DIA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
☐ Nombres	☐ Hijos	☐ Voluntario	☐ Dirección y teléfono
☐ Documentos de Identificación	☐ Hermanos	☐ Cotizante por fallecimiento	☐ Correo electrónico
☐ Estado civil	☐ Padres	☐ Personas a cargo	
☐ Discapacidad	☐ Hijastros	☐ Cese de convivencia	
		☐ Cambio de grupo familiar	Otra:

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT ☐ C.C. ☒ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ PE ☐	Nombre o Razón Social:	Sector Oficial ☐ Privado ☐ Mixto ☐	Sucursal:
No. 1031121977	ERIKA J. BORBON VEGA		
Dirección:	Departamento:		Teléfono:

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente ☐	Servicio Doméstico ☐	Madre Comunitaria ☐	Taxista Independiente 2% ☐	Pensionado aporte del 0% ☐	Pensionado aporte del 0.6% ☐	Pensionados aporte del 2% ☐	Fidelidad 25 años ☐	Facultativos aporte del 0,6% ☐	Facultativos aporte del 2% ☐	Independiente aporte 0,6% ☐

Independiente aporte 2% ☐	Residente en el exterior ☐	¿Afiliación por primera vez ? SI ☐ NO ☐	Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación indique a cuál:	Otro

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:

NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ No.	Estado Civil SO ☐ CA ☐ SE ☐ UL ☐ VI ☐	Fecha de Nacimiento: AÑO MES DIA	Genero M ☐ F ☐ T ☐

Nivel Ocupacional: Operativo ☐ Administrativo ☐ Directivo ☐ Staff ☐ Ejecutivo ☐ Profesional ☐ Técnico ☐	Nivel Educativo: Ninguno ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Tecnico ☐ Profesional ☐ otro ☐

Ingreso a la empresa AÑO MES DIA	Horas/mes	Trabajador UR ☐ RU ☐	Salario básico/mesada:	Celular:	EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)

Dirección vivienda:	Municipio:	Rural ☐ Urbano ☐	Teléfono:
Direccion Trabajo:	Municipio	Rural ☐ Urbano ☐	Teléfono:
Correo Electrónico:		País de Residencia:	

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombe o razón social:	Nit:	Horas/mes	Salario básico:	Caja por la cual recibe subsidio:

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. ☐ C.E. ☐ PA ☐ C.D. ☐ T.I. ☐ PE ☐ No.	Fecha de nacimiento: AÑO MES DIA	Genero M ☐ F ☐ I. ☐	Trabaja SI ☐ NO ☐	Salario basico	Fecha de ingreso a la empresa: AÑO MES DIA
Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido:			
Razon social	NIT	Recibe subsidio: SI ☐ NO ☐	Caja por la cual recibe subsidio		

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

(Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar)

DOC	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Cuidador	Fecha de Nacimiento	Genero
												AÑO MES DIA	
												AÑO MES DIA	
												AÑO MES DIA	
												AÑO MES DIA	

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para tí.

Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electronico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Telefonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI☐ NO☐

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec.2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04
Autorizo al pagador de mi mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% ó 0.6 % del valor de mi mesada como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio? SI ☐ NO ☐	No. Beneficiarios	Visita Domiciliaria SI ☐ NO ☐	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Codigo Revisor	Aprobada para AÑO MES DIA (Solo independiente o pensionado)	Observaciones:

Un mundo Super Subsidio

RECOMENDACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Diligencie completamente el formulario utilizando únicamente una casilla para cada letra o número y con tinta negra.
2. No se admiten tachones, enmendaduras, repisados ni uso de corrector En caso de encontrarse alguna de estas inconsistencias, el formulario será devuelto y deberá ser reemplazado.
3. Antes de entregar el formulario, verifique que el diligenciamiento este correcto y los soportes requeridos correspondan con los solicitados de acuerdo con la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
4. Recuerde que para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar

REQUISITOS GENERALES PENSIONADOS

1. Formulario debidamente diligenciado.
2. Resolución de la pensión o certificación de la entidad pagadora.
3. Último recibo de pago de la pensión
4. Fotocopia de los documentos de identificación (C.C, C.E, R.C. C D, T.I, PE) tanto del pensionado como de las personas a cargo (hijos menores de 18 años, padres, cónyuge o compañero).
5. Si está o ha estado afiliado a una Caja de Compensación Familiar, como pensionado, certificado de paz y salvo por todo concepto expedido por la misma, en la cual se indique la fecha de desafiliación.
6. Afiliación aporte 0% Ley 1643/2013. Certificación que acredite que en su última vinculación laboral estuvo afiliado a Colsubsidio.
7. Afiliación aporte 0% Ley 789/2002. Certificación(es) que acredite(n) 25 o más años de afiliación a la(s) Caja(s) de Compensación Familiar.

REQUISITOS GENERALES TRABAJADORES INDEPENDIENTES

1. Formulario debidamente diligenciado.
2. Fotocopia de los documentos de identificación (C.C, C.E, R.C, C.D, T.I, PE) tanto del trabajador independiente como de las personas a cargo (hijos menores de 18 años, padres, cónyuge o compañero).
3. Fotocopia de la afiliación y ultimo recibo de pago a la EPS y al fondo de pensiones, como trabajador independiente

RECUERDE QUE PARA SER BENEFICIARIO DE LA CUOTA MONETARIA DEBE TENER EN CUENTA QUE :

1. Debe ser trabajador permanente que labore un mínimo de 96 horas por mes, con una remuneración mensual igual o inferior al equivalente a cuatro salarios mínimos legales vigentes y tener personas legalmente a cargo.
2. Se consideran personas a cargo únicamente:
   - Los hijos y/o hermanos huérfanos de padres menores de 18 años. Para los hijos o hermanos huérfanos mayores de 12 años se requiere adjuntar certificados de estudio. Si son discapacitados deben demostrar la incapacidad para trabajar o estudiar y recibirán doble cuota de subsidio familiar.
   - Los padres mayores de 60 años que dependan económicamente del trabajador y que ninguno de los dos reciba renta, pensión ni salario.
   - Los padres menores de 60 años que demuestren invalidez o capacidad física disminuida que les impida trabajar, recibirán doble cuota del subsidio familiar.
3. Si el trabajador labora en más de una empresa, se tendrá en cuenta la suma de los dos salarios recibidos en cada empleo.
4. Se tendrá en cuenta la suma de los ingresos laborales de los dos padres, y en caso de que estos no superen los cuatro salarios mínimos, se pagará cuota monetaria a cada padre por los mismos hijos sobre los que se demuestre el derecho.
5. Si sumados los ingresos laborales del trabajador y su cónyuge no superan los seis salarios mínimos legales vigentes, sólo se pagara cuota monetaria a uno de los padres por los hijos sobre los cuales demuestre el derecho.
6. Si sumados los ingresos laborales de los dos padres superan seis salarios mínimos legales vigentes ninguno podrá recibir cuota monetaria.

   Nota:
   - Si se cumple con los anteriores requisitos se debe adjuntar la documentación exigida para cada caso, de acuerdo con la normatividad legal vigente.

CAUSALES DE RECHAZO

1. Formularios, formatos o documentos mal diligenciados, ilegibles, enmendados, repisados o incompletos. ☐

2. Falta documento de identificación:

Trabajador	☐	Padres	☐
Cónyuge	☐	Hermanos	☐
Hijos	☐	Custodia	☐

AVISO DE PRIVACIDAD

La Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con NIT 860.007.336-1declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por sus afiliados y/o no afiliados en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013 e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular. Dicho tratamiento podrá realizarse directamente por Colsubsidio y/o por el tercero que éste determine.

Colsubsidio informa al titular de los datos personales que le asisten los siguientes derechos:

1) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Colsubsidio y/o al tercero que éste determine.
2) Solicitar prueba de la autorización otorgada, teniendo en cuenta lo dispuesto en el numeral b del art.8 de la Ley 1581 de 2012.
3) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas, solicitudes y reclamos.
4) Revocar la autorización y/o solicitar ante la Superintendencia de Industria y Comercio la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
5) Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de Políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo a través de:

Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, pagina web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.