Bogotá D.C., 04 de julio de 2023

Doctor
EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO
ALCALDE LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: **05 Pago – CPS N° 205 – 2023**

Respetado Doctor:

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios N° 205 de 2023, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: El 01 de junio hasta el 30 de junio del 2023.

1. Informe de actividades.
2. Soporte de evidencias del informe de actividades
3. Planilla seguridad social del mes de mayo de 2023.
4. Soporte de pago seguridad social.
5. Certificación tributaria.
6. Certificado de dependientes.
7. Cuenta de cobro.

Agradezco su amable atención y colaboración.



NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ
CC N° 53.043.856 de Bogotá
Dirección de residencia: Calle 22C No.28-20 APT 504
Celular personal: 3002526349
Correo electrónico personal: njhh8405@gmail.com
Fecha de nacimiento: 05/03/1984

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME **MENSUAL** DE ACTIVIDADES No 05 PERÍODO: **01 DE JUNIO** AL **30 DE JUNIO** DEL 2023	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	205 del 2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	53.043.856 DE BOGOTA
PLAZO DE EJECUCIÓN	11 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	57.200.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	5.200.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	023011605570000001681
FECHA ACTA DE INICIO	**8 DE FEBRERO DE 2023**
PRÓRROGA[1]	N.A.
ADICIÓN	N.A.
SUSPENSIÓN	N.A.
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**07 DE ENERO DE 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	META 2. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACUERDOS QUE PROMUEVAN LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE, QUE GENEREN EMPRENDIMIENTOS FORMALIZADOS QUE COADYUVEN AL DESARROLLO ECONÓMICO Y PRODUCTIVO DE ESTA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 1681

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1.Realizar, socializar y divulgar la caracterización poblacional de las comunidades relacionadas con las problemáticas del uso del espacio público en Rafael Uribe Uribe.	**Actividad 1:** Se realizo la caracterización Marruecos	**Actividad 1**. Se realizo la caracterización a los nuevos vendedores informales y seguimiento de los que ya se encuentran caracterizados por el proyecto 1681 09-06-2023	Actividad 1 Acta de reunión
2. Generar estrategias de seguimiento y ejecución de los acuerdos firmados entre la comunidad, la alcaldía local de Rafael Uribe Uribe y entidades del Distrito .	**Actividad 1: Actividad 1**: Consejo de espacio publico .	**Actvidad 1 :** Se realiza la jornada con el IPES,consejo de espacio publico y migracion colombia para capacitar y caracterizar a los vendedores informales ubicadoes en la avenida caracas y la calle 45 sur Santa Lucia . 29-mayo -2023	Actividad1 Acta de reunión
3. Articular los procesos interinstitucionales pertinentes y necesarios para la ejecución del proyecto 1681.	**Actividad 1**: Reunión con secretaria de desarrollo económico	**Actvidad 1 :** Se realiza la reunión con los referentes interinstitucionales de la secretaria de gobierno y turismo para ver las ofertas de emprendiemiento y de los cursos a los cuales podemos acceder para que sean beneficiados los verdedores informales 26-mayo -2023	Actividad1 Acta de reunión
4. Asistir a las reuniones y mesas de trabajo que le sean designadas por el supervisor del contrato.	**Actividad 1**: Reunión con todo el equipo de 1681, cronograma de actividades.	**Actividad 1**. Se realiza reunión virtual con todo el equipo de trabajo del 1681 para coordinar las tareas que se van a ejecutar durante el mes de junio 2023, atención al usuario y actividades de la meta 3 07-06-2023	Actividad 1 Acta de reunión

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	Actividad 2: Reunión con todo el equipo de 1681, cronograma	**Actividad 2**. Se realiza reunión virtual con todo el equipo de trabajo del 1681 para coordinar y definir los criterios y el cronograma de las actividades que se van a realizar en la jornada de embellecimiento que se realizara en el parque de Marruecos. 21-06-2023	Actividad 2 Acta de reunión
	Actividad 3: Reunión con todo el equipo de 1681, con la referente de planeación	**Actividad 3**. Se realiza reunión con la referente de planeación Natalia Rodríguez para validar los temas para la formulación del proyecto 1681 para el 2023 y demás actividades referentes al desarrollo del proyecto en cuanto a la meta 3. Se habla del proceso de impresión para lo carnets de los vendedores informales. 14-06-2023	Actividad 3 Acta de reunión
	Actividad 4: Atención al usuario	**Actividad 4**. Se realiza atención al usuario, a los vendedores informales que se acerquen a preguntar sobre el proyecto 1681, se incluirán en la base de datos para ser caracterizados sobre el 2023 31 -05-2023 y 13-06-2023	Actividad 4 Acta de reunión
5. Generar informes de resultados, estructuración documental del proceso parcial y finales relacionados con el proyecto 1681.	**Actividad 1**: Cuadro de Control 2023	**Actividad 1**: Se realiza la actualizacion de HEMI, RIVI y verificacion de de codigos QR y se cruza la informacion con la base de datos de 2021 y 2022 Junio 2023	**Actividad 1**. Archivo en Exce con las bases de datos
6. Entregar mensualmente	**Actividad 1:** Se realiza informe del mes de	**Actividad 1:** Elaboración informe mes de abril dónde se relacionan las actividades desarrolladas junio 2023	**Actividad 1:**

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
informe de actividades adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas.	junio 2023 con las actividades desarrolladas con las evidencias correspondientes.	Todo el mes de junio 2023	Se entrega informe del mes de junio 2023 en formato Word con soporte de evidencias.
7. Las demás que demande la Administración Local a través de su supervisor, que correspondan a la naturaleza del contrato y que sean necesarias para la consecución del fin del objeto contractual.	**Actividad 1:** Reunión con participación **Actividad 2**: Reunión consejo local de gobierno **Actividad 3**: Rendición de cuentas Rafael Uribe Uribe	**Actividad 1.** Se realiza reunión con la representante de participación para validar y exponer las iniciativas que ganaron durante la vigencia 2022 y poderlas articular con el proyecto 1681 24-05-2023 **Actividad 2**. Se realiza la segunda reunión con el consejo local de gobierno donde se realiza una rendición de cuentas por cada una de las áreas y entidades gubernamentales que hacen parte del desarrollo de la localidad. 26-05-2023 **Actividad 3**. Se asiste a la rendición de cuentas en el colegio restrepo Millán de la alcaldía Rafael uribe uribe. 01-06-2023	**Actividad 1.** Acta de reunión 1 **Actividad 2.** Acta de reunión 2 **Actividad 3.** Acta de reunión 3

INFORMACIÓN 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**

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	COMPENSAR	**SURA ARL**	**COLFONDOS**
FIRMAS			
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 labores efectivamente desarrolladas en el periodo 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.			**CONTRATISTA** **Firma:**  **Nombre:** NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ **Cédula: 53.043.856**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: 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.			**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre:** Eduard Humberto Quintana Arellano **Cargo:** Alcalde Local de Rafael Uribe Uribe **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre:** Jesús Bayro Muñoz Félix **Carg o:** Apoyo a la supervisión **Firma:**

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según 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. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

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	53043856	NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ	CLL 27 SUR No 12 -57 CASA 70	3115172736	njhh8405@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	29/05/2023	68117526	$645.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	260.000	0		0		0	0	0	0	260.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	332.800	0	0	0	0	0	0		332.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	10.900				10.900	0	0	10.900			109	10.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	41.600	0	0	41.600	1

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	260.000	260.000
Pensión	1	332.800	332.800
Riesgos Laborales	1	10.900	10.900
CCF	1	41.600	41.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	645.300	645.300

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	53043856	NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ		CLL 27 SUR No 12 -57 CASA 70	3115172736	njhh8405@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	29/05/2023	68117526	$645.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	53043856	HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA	59	0			N																	231001	2.080.000	332.800	0	0	0	0	EPS008	2.080.000	260.000	14-11	2.080.000	1	10.900	CCF24	2.080.000	41.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ

Gracias por utilizar los servicios de BANCO ITAU y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 2010177825
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 645.300
Fecha de Transacción: 05/04/2023

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato 205 de 2023

Yo, Nini Johanna Hernandez Hernandez, identificado con cédula de ciudadanía No 53.043.856 expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Soy Declarante de Renta año 2022	**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	**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
Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA (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: **2022** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2022** (Anexar certificación en la primera cuenta)	**X**	

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 30 días del mes de junio del 2023



Firma: _____
Nombre: Nini Johana Hernandez Hernandez
C.C:53.043.856
Dirección de correspondencia: Calle 22c No.28-20
Teléfono de contacto: 3002526349
correo electrónico personal njhh8405@gmail.com

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° 205 de 08/02/2023, que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE, 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	31	MES	Mayo	AÑO	2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ	53043856	ALCADIA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE	3002526349

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
JUAN ESTEBAN HERNANDEZ HERNANDEZ	HIJO	11	0
NICOLAS HERNANDEZ HERNANDEZ	HIJO	7	0

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 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

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

Bogotá D.C 04 de julio 2023

Cuenta de Cobro No 05

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:

< NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ
C.C. 53.043.856

LA SUMA DE: $ 5.200.000
SON: CINCO MILLONES DOCIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 205 del 2023 durante el periodo comprendido entre el **01** al **30** del mes **junio** de 2023.

Código actividad económica principal RUT:7020
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: **Mayo 2023** Numero de planilla: 68117526

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	SURA	$10.900
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	$260.000
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	COLFONDOS	$332.800

Favor Consignar a : CUENTA DE AHORROS No 701056823 **del Banco** Itau.

Atentamente,

NOMBRE: Nini Johanna Hernandez Hernandez
C.C. 53.043.856 de Bogotá
Dirección de residencia: Calle 22c No. 28-20
Celular personal: 3002526349
Njhh8405@gmail.com

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Nini Johanna Hernandez Hernandez 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 01 junio al 30 junio 2023

Contrato:	No.205 de 2023
Tipo de Contrato:	Prestador de Servicios
Contratista:	Nini Johanna Hernandez Hernandez
Cédula o NIT	No.53.043.856

Objeto: META 2. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACUERDOS QUE PROMUEVAN LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE, QUE GENEREN EMPRENDIMIENTOS FORMALIZADOS QUE COADYUVEN AL DESARROLLO ECONÓMICO Y PRODUCTIVO DE ESTA POBLACIÓN EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 1681.

Plazo del contrato:	11 meses
Fecha iniciación:	08-02-2023
Fecha de terminación:	07-01-2024
Prórroga(s)	NA
Valor inicial pactado:	57.200.000
Valor adicional:	$ 0
Valor a pagar:	$5.200.000 (No. de pago: 5)
Numero de PIN:	68117526
Periodo cotizado.	mayo 2023

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 a los 04 días del mes de julio 2023
Interventor o Supervisor,

JESUS BAYRO MUÑOZ FELIX	EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO
C.C. No. 79.380.897 de Bogotá_	C.C. No. de 1.031.164.535 de Bogotá