FECHA 31/07/2023

AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA
CRA 70D 64 38 SUR
3007188406
amonth1203@gmail.com

CUENTA DE COBRO No. **1**

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE MARTIRES

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA

CEDULA DE CIUDADANIA No. 52,702,842

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

LA SUMA DE **$ 1,250,000**

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

Por concepto de :

SERVICIOS GENERADOS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 892023, GESTION QUE SE LLEVO A CABO ENTRE EL

16/06/2023 Y EL 30/06/2023

Fecha inicio de la suspensión: 1/0/1900
Fecha fin de la suspensión:(reinicio) 1/0/1900

CIIU:(ACTIVIDAD RUT) 3429

Yo: AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA, Identificado como aparece al pie de mi firma, CERTIFICO QUE:

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Decreto Nacional 2271 del 18 de junio de 2009, al reglamentar parcialmente el Estatuto Tributario Nacional, en su artículo 4º, parágrafo 1°; concepto SHD 1195-2009).

LA INFORMACION CONTENIDA EN LA PRESENTE CERTIFICACION ES VERAZ Y SE PUEDE COMPROBAR EN CUALQUIER MOMENTO, PARA LO CUAL OTORGO LAS AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES.

Favor consignar a la cuenta de

AHORROS	004370820252
BANCO	BANCO DAVIVIENDA

FIRMA CONTRATISTA _____

C.C. 52702842

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

Alcaldía Local de los Martires

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: 16/06/2023 AL 30/06/2023

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**89** **16/06/2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 52702842
PLAZO DE EJECUCIÓN	5 **MES(ES)** 6 **DIAS**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	15,000,000.00
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	1,250,000.00
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011603430000002083
FECHA ACTA DE INICIO	**16 de junio de 2023**
PRÓRROGA	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**10 de noviembre de 2023**

OBJETO DEL CONTRATO)	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL AREA DE GESTION POLICIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTO	MEDIO DE VERIFICACION
1	1. Acompañar los procesos de movilización ciudadana, monitoreo a disturbios, operativos de seguridad así como también los de Inspección Vigilancia y Control adelantadas por la Alcaldía Local de Los Mártires, actividades interinstitucionales, atención de emergencias, eventos masivos o de alta complejidad que constituyan un riesgo para la seguridad y convivencia ciudadana en la localidad.	El día 27 de junio del 2023, Con el fin de dar a conocer el objeto de la actividad y directriz a seguir, se realiza desplazamiento hacia estación de policía de los Mártires en donde funcionarios de la alcaldía local, secretaria de seguridad y policía nacional, hacen el direccionamiento hacia la calle 13 entre carreras 14 a la 18 en ambos costados sur norte y norte sur con el fin de hacer el censo de los diferentes comercios y vendedores informales que se encuentran sobre esta calle, Solamente censo ya que el año anterior 2022 se había hecho la caracterización.	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 27 de junioanexando registro fotográfico de la actividad	Evidencia 1 Acta 11.07.IDENTIFICACION PUNTOS CRITICOS CALLE 13
2	2. Identificar los riesgos que puedan afectar la convivencia y seguridad ciudadana, en el espacio público, medio ambiente y prevención del riesgo en el territorio de la localidad	Se inicia actividad en el la Via Ferrea llevando a cabo una feria de servicios, contando con la compañía de las siguientes INSTITUCIONES. Desarrollo de la actividad: Iniciamos SECRETARIA DE GOBIERNO,PONAL, ALCALDIA DE LOS MARTIRES,IDUP,DADEP,SDIS ADULTES,UAESP,SDSCJ,IDPIBA PARTICIPACION.	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 23 de junioanexando registro fotográfico de la actividad	Evidencia 2 Acta 07.07PACTO VIA FERREA

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: 16/06/2023 AL 30/06/2023

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**89 16/06/2023**

3	3. Realizar reconocimiento en campo del territorio asignado, identificando las problemáticas en seguridad y convivencia, espacio público, medio ambiente y gestión del riesgo en aras de gestionar y hacer seguimiento a la sostenibilidad de la recuperación de espacio público en la Localidad.	Esta estrategia hace parte del modelo de urbanismo táctico, el cual ha transformado a grandes ciudades del mundo. Se dio inicio la actividad de "calles mágicas" una vez que los integrantes delegados para esta actividad, la Universidad Minuto de Dios empezaron con el programa lúdico recreativo, junto con los niños de la Fundación. Se realizaron presentación de bailes por parte de los niños, los padres y acudientes beneficiarios del proyecto, se repartió regrigerios a los participantes, miembros de la fundación y residentes del sector	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 24 de junioanexando registro fotográfico de la actividad.	Evidencia 3 Acta 14.07.FESTIVAL CALLES MAGICAS
4	4. Brindar apoyo logístico en operativos de levantamiento de cambuches, poda o semejante en el territorio de la localidad de los mártires, así como en las actividadespropias de la entidad.	El día 29 de junio de 2023 Siendo las 16 horas se da inicio a la reunión preoperativa para la recuperación del espacio público calle 13. El Dr. Hernando Espeleta contextualiza a cerca del operativo proyectado para la recuperación de dicho espacio y expone la presentación en diapositivas. El alcalde de la localidad de Santafé, informa que debemos tener claro el marco normativo, resolución, MINTIC, todo lo relacionado con el marco jurídico del Espacio Público, derecho al trabajo. Aclarar que se les informo antes del operativo y se les realizo una retroalimentación del tema. Evaluar en la próxima reunión recursos logísticos, talento humano, sostenibilidad y cuánto tiempo. También informa que debe estar SDE.	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 29 de junioanexando registro fotográfico de la actividad.	Evidencia 4 Acta 10.06.REUNION PREOPERATIVA CALLE 13
5	5. Entregar reportes detallados de forma semanal, de las situaciones encontradas y las gestiones realizadas en cada uno de los territorios asignados, en relación con el	El día 29 de junio del 2023, dando cumplimiento al cronograma de actividades se realizó reunión con el SENA, donde se establecen compromisos con actividades para fortalecimiento de estudiantes, emprendedores, empresarios de la localidad, que se articulen con los proyectos ofrecidos por el SENA, junto con la alcaldía	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 29 de junio anexando registro fotográfico de la actividad.	Evidencia 5 Acta 18.07.REUNION PLANES EDUCATIVOS LOCALIDAD
6	6. Realizar campañas de sensibilización las juntas de acción comunal, colegios y comunidad en general en temas de convivencia ciudadana, gestión del riesgo, gestión climática, ambiental y recuperacióndel espacio público,	El día 22 de junio del 2023, se realizó reunión preoperartiva con secretaria de seguridad y policía nacional para recuperación espacio público calle 13	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 22 de junio anexando registro fotográfico de la actividad	Evidencia 6 06.07 REUNION PREOPERATIVA CALLE 13

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: 16/06/2023 AL 30/06/2023

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**89 16/06/2023**

7	9. Asistir a los encuentros comunitarios y/o reuniones en general a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual	Se reúnen Alcalde Local, Comandante de la Estación, Personera Local, Subsecretaria de Seguridad, Dinamizador y profesional 222-24 de ALM para llevar a cabo el Comité Civil de Convivencia Local del mes de Junio de 2023. Se trata el punto solicitado por comerciantes de hoteles del sector del Santafé, que indica que un miembro de la Policía Nacional con frecuencia visita uno de los establecimientos y con amenazas e improperios exige dinero a los administradores y propietarios y les dice que no los deja funcionar si no pagan. Como siempre se trae la información a este comité pero se enviara a los correos de la Alcaldía Local, Personería Local y estación de Policía, para que la E14 realice la respectiva investigación para verificar si el Policia está adscrito a la Estación y asi proceder a realizar los respectivos tramites. La información fue enviada al grupo de Seguridad de la Localidad	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 29 de junioanexando registro fotográfico de la actividad.	Evidencia 7 Acta 05.07.COMITE CIVIL DE CONVIVENCIA LOCAL
8	10. Acordar con el supervisor las demá actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	El día 30de junio del 2023, se realizó acompañamiento a la policía, según invitación a la celebración de esta entidad hecha en la plaza de Bolivar.	Como soporte documental de la realización de la actividad se plasmó en el acta fechada 30 de junioanexando registro fotográfico de la actividad	Evidencia 8 Acta 07.07.CELEBRACION MANDO DE LA POLICIA METROPOLITANA

INFORME	MENSUAL	DE ACTIVIDADES No 1

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: 16/06/2023 AL 30/06/2023

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION**	
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**89**	**16/06/2023**

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**
	FAMISANAR	POSITIVA	PROTECCION

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.

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.

CONTRATISTA	
Nombre:	**AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA**
Cargo:	**CONTRATISTA**
Firma:	
SUPERVISOR/INTERVENTOR	
Nombre:	**JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN**
Cargo:	**ALCALDE LOCAL**
Firma:	
APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
Nombre:	**HERNANDO ESPELETA MAIGUEL**
Cargo:	**APOYO A LA SUPERVISION**
Firma:	

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONTH PARRA AILEEN ALEXANDRA** identificado(a) con **CC** número **52.702.842** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de marzo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023032715012

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA** con **CC** No. **52702842**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: N 899999061 - SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO	**Fecha de última cobertura:** 16/06/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 15/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 01/12/2023 **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** CONTRATISTA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301016306971.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de junio de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA identificado(a) con CC 52702842 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	06/03/2019
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PRIMERO DE MAYO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 27 días del mes marzo del 2023 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

ALCALDÍA LOCAL DE MARTIRES

FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 1 PARCIAL X FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2023-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	DD MM AA: 16/06/2023	Y EL	DD MM AA: 30/06/2023

CLASE DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	No.	89	VIGENCIA	2023

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA			C.C. No.	52,702,842
DIRECCIÓN:	CRA 70D 64 38 SUR	TELEFONO	3007188406	CORREO ELECTRONICO	amonth1203@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	EDWIN GIOVANNY GARCIA PEREZ
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	79715774

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	004370820252

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO	NIT o C.C	VALOR A ENDOSAR	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL AREA DE GESTION POLICIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

FORMA DE PAGO

CLÁUSULA SEXTA: FORMA DE PAGO: A).- El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los días ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último día del mes. B).- 6 pagos mensuales vencidos de dos millones quinientos mil pesos ($2,500,000) previa presentación de los siguientes documentos: a.- Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista. b.- Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato. c).- Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLM
VALOR INICIAL		15,000,000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1		
VALOR ADICION 2		
VALOR ADICION 3		
VALOR ADICION 4		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	15,000,000

15,000,000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	6/16/2023	PLAZO INICIAL	5	6
TERMINACION INICIAL	11/10/2023			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 1		
FECHA PRORROGA 2	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 2		
FECHA PRORROGA 3	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 3		
FECHA PRORROGA 4	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 4		
TERMINACION CON PRORROGAS) Y/O	10/11/2023	TOTAL EN MESES y/o DIAS	5	6

FECHA CESION 1	N/A	FECHA SUSPENSION 1	N/A	FECHA REINICIO 1	N/A
FECHA CESION 2	N/A	FECHA SUSPENSION 2	N/A	FECHA REINICIO 2	N/A
FECHA CESION 3	N/A	FECHA SUSPENSION 3	N/A	FECHA REINICIO 3	N/A
FECHA CESION 4	N/A	FECHA SUSPENSION 4	N/A	FECHA REINICIO 4	N/A

3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION	HERNANDO ESPELETA MAIGUEL	VINCULACION	CONTRATISTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION	015-2023

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGÚN PLANILLA OPERADOR)	1,160,000
	OK BASE CORRECTA
VALOR APORTE A SALUD	145,000
VALOR APORTE A PENSIÓN SI	185,600
VALOR APORTE A R L	
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	330,600

Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL ,anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007.RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)

5. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	15,000,000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	-
SALDO POR EJECUTAR	15,000,000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	1,250,000
IVA	-
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	1,250,000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	1,250,000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	1,250,000

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS (DETALLE GIROS) ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
464	O2301160343000000208 3	15,000,000	-	1,250,000	1,250,000	13,750,000
	0		-		-	-
	0		-		-	-
	0		-		-	-
	0				-	-
	0				-	-
	TOTALES	15,000,000	-	1,250,000	1,250,000	13,750,000
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	0%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	8%

6. RESUMEN RECIBOS A SATISFACCION APROBADOS (REGISTRA EJECUCION FISICA DEL PROYECTO)

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	1/08/2023	1er recibo parcial	1,250,000
2		2do recibo parcial	
3		3er recibo parcial	
4		4to recibo parcial	
5		5to recibo parcial	
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	1,250,000

NUEVO SALDO POR EJECUTAR	13,750,000

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	13,750,000
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	13,750,000

OK

EXPLIQUE RAZÓN DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	8%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	8%

A los 1 de agosto de 2023 HERNANDO ESPELETA MAIGUEL recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago UNO (1) en cumplimiento de la Cláusula SEXTA del contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 89 de 2023, dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN:

PERIODO COTIZADO **MES (ES)** / **AÑO** 0

HERNANDO ESPELETA MAIGUEL
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 80,075,984 de Bogotá
C.C. de

Vo.BO. AUTORIZA GIRO
JUAN RACHID CABARCAS RAHMAN
ALCALDE LOCAL
C.C 1,026,560,118 **de** Bogotá

Versión 2023-1


rfeo
Version Nueva
AYUDA
INFO
CREDITOS
CONTRASEÑA
ESTADISTICAS
CERRAR
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)
Gobierno
LISTADO DE:
USUARIO:
DEPENDENCIA:
Entrada
AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA
Area de Gestion Policiva Juridica Martires
Radicados:
Buscar
Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.
NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 16/06/2023 Y EL 30/06/2023

Contrato: No. 89 de 2023
Tipo de Contrato PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION
Contratista: AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA
Cèdula o NIT 52,702,842

Objeto: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL AREA DE GESTION POLICIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES

Plazo del Contrato: 5 MES (ES) 6 DIAS
Fecha Iniciación: 6/16/2023
Fecha de Terminación: 11/10/2023
Prórroga(s) N/A
N/A
N/A
N/A

Valor Inicial Pactado: 15,000,000

Valor Adicional: 0

Valor a Pagar: 1,250,000 **No.Pago** 1
Suspensión(inicio/fin)
Número de PIN: 0
Periodo Cotizado. Mes / año 0

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 1 de agosto de 2023

Interventor o Supervisor,

HERNANDO ESPELETA MAIGUEL
CC. No. 80075984 de Bogotá

JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN
ALCALDE LOCAL
C.C. No. 1026560118 de Bogotá

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 MARTIRES

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

Yo, Aileen Alexandra Month Parra identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52702842, 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	TRANSMILENIO	CTO290-23	12 meses	$ 31,752,000	10 de febrero del 2023	09 de febrero del 2024
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 01 de AGOSTO de2023.

Firma:
Nombre: AILEEN ALEXANDRA MONTH
C.C: 52702842
Dirección de Residencia: CRA 70D 64 38 SUR
Teléfono de contacto: 3007188406
Correo electrónico institucional: aileen.month@transmilenio.gov.co
Correo electrónico de notificación: amonth12303@gmail.com

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato CPS-AG089-23 (85504) de 2023

Yo, **AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA**, identificado con cédula de ciudadanía No **52702842** expedida en la ciudad de **Bogotá.**

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Soy Declarante de Renta año **2022**		**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: **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 (01) días del mes de Agosto del 2023.

Firma: 

Nombre: AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA
C.C: 52702842
Dirección laboral: Av. Calle 19 #28-80 Centro Mall Plaza Piso 6 Torre parqueaderos
Teléfono laboral: 375 95 35
Correo electrónico institucional: aileen.month@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° 089-23 de FECHA 16 de junio de 2023, 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	1	MES	8	AÑO	2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA	52702842	AV CALLE 19 28-80	3007188406

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 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.

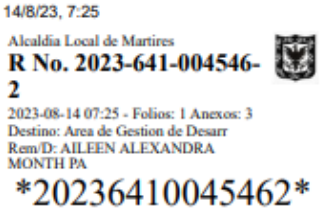
PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

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

Fwd: Presentacion de informe de actividades del periodo comprendido entre el 15 al 30 de junio y el 01 al 31 de julio de 2023



aileen alexandra month parra <amonth1203@gmail.com>

Dom 13/08/2023 10:44 PM

Para:CDI Martires <cdi.martires@gobiernobogota.gov.co>

3 archivos adjuntos (10 MB)

DOCUMENTOS CUENTA 01 JULIO CPS 089-23 AILEEN ALEXANDRA MONTH PARRA.pdf; DOCUMENTOS CUENTA 1 CPS 089-2023.zip; EVIDENCIAS CUENTA 1 CPS 089-2023.zip;

---------- Forwarded message ---------
De: **aileen alexandra month parra** <amonth1203@gmail.com>
Date: jue, 10 ago 2023 a las 21:43
Subject: Presentacion de informe de actividades del periodo comprendido entre el 15 al 30 de junio de 2023
To: <CDI.MARTIRES@gobiernobogota.gov.co>
Cc: Hernando Espeleta Maiguel <HERNANDO.ESPELETA@gobiernobogota.gov.co>

Bogotá D.C, 10 de agosto de 2023

Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES
Atn. Hernando Espeleta Maiguel
Apoyo a la supervisión
Ciudad

Cordial saludo,

En relación al asunto, a continuación, relaciono los anexos que soportan el pago No. 1 que contemplan lo realizado en el periodo comprendido entre el 15 al 30 de junio de 2023.

Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento al objeto del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión No. FDLM-CPS-AG-089-2023 (85504).

Cordialmente,

Aileen Alexandra Month Parra
C.C 52702842
Direccion: cra 70 D 64 38 sur
Celular: 3007188406