ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# Historial de Pagos por Proveedor

| CÓDIGO DE TERCERO | TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE |
|---|---|---|---|
| 1000236089 | CC | 80190832 | JUAN DAVID BEDOYA |

| Item | Nombre entidad | Referencia | Numero Documento Contable | POS. CxP | Fecha Cont.CxP en la Entidad | Fecha Radicación Tesorería Distrital | Estado | Fecha de Estado AAAA-MM-DD | Documento Compensación Según Estatus | Forma de Pago | Valor Bruto | Valor Neto | Cuenta Bancaria | Fecha Entrega Cheque a ventanilla | Endoso |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE | 281 | 3000418628 | 002 | 23-jun-23 | 23-jun-23 | PAGADA | 26-jun-23 | 5000953042 | Transferencia Giradora | 5.400.000 | 5.358.636 | 29931953336 AHORROS Bancolombia SA | | |

## Detalle de descuentos tributarios

| Numero Documento Contable | Descripción | % Descuento | Base Retención | Valor Retención |
|---|---|---|---|---|
| 3000418628 | RETEICA 7.66 X MIL | 0.7660 | 5.400.000 | 41.364 |
| | TOTAL DESCUENTOS | | | 41.364 |

## Información presupuestal

| Numero Documento Contable | CRP | Posición CRP | PosPre | Fondo | PP |
|---|---|---|---|---|---|
| 3000418628 | 5000486291 | 001 | 10 | 1-100-I079 | 2023 |

| | |
|---|---|
| | 04-jul-23 11:13:06 |
| | Otra información: |
| * | Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad. |
| * | Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago. |

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

Código: GCO-GCI-F148
Versión: 03
Vigencia: 21 de diciembre de 2022
Caso HOLA: 282943

## FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383 ☑

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO No. | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES | 281-2023 | FECHA: | 21/06/2023 | |
| CONTRATISTA: | JUAN DAVID BEDOYA SILVA | | NIT. o C.C. | 80.190.832 | |
| PERIODO: | Del | 1/05/2023 | Al | 31/05/2023 | |
| PAGO No. | 3 | | Documento No. | Cuenta cobro | 3 |
| Responsable IVA ☐ | | Pensionado ☐ | Dependientes ☑ | Declarante de renta ☑ | |

| PAGO | CUENTA CONTABLE CGN | CUENTA CONTABLE SDH | BASE | % | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR BRUTO | 51117901 | 5111790317 | | | 5.400.000 |
| Retefuente Honorarios | | | - | 0,00% | 0 |
| Retefuente Servicios | | | - | 0,00% | 0 |
| Retefuente Rtas trabajo | 24361502 | 2436150201 | 3.645.000 | 0,00% | 0 |
| Retefuente Compras | | | | | |
| Retefuente C.O.P | | | | | |
| Reteiva | 0 | | - | 0,00% | 0 |
| Reteica | 243627 | 2436270100 | 5.400.000 | 0,766% | 41.364 |
| Contribución Especial | | | | | |
| Amortización Anticipos | | | | | |
| Otros Ajustes de Reten. | | | | | 0 |
| TOTAL DESCUENTOS | | | | | 41.364 |
| NETO A PAGAR | 240101 | 2401010100 | | | 5.358.636 |

MAGDA YANETH MUÑOZ LOPEZ
**Contador F.D.L RUU**

Elaboró: Nicolás Rodríguez D - Profesional FDLRUU
Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO ☐ ABRIL

**Objeto del Contrato:**
APOYAR JURÍDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACIÓN DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS QUE CURSAN EN LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

Rubro Presupuesta: **O230116055700000001698**

OBSERVACIONES:

Se liquida según la certificación de cumplimiento del supervisor y el apoyo a la supervisión, de acuerdo con autorización del ordenador del gasto con memorando No. 20236820013883 de fecha 14/6/2023 y cuenta radicada en aplicativo ORFEO remitida por la Profesional Especializada 222 grado 24 Area de Gestión Adminsitrativa y Financiera.

| | |
|---|---|
| **Base para pago de salud, pensión y ARL** | 2.160.000 |
| Aporte obligatorio para salud - 12,5% | 72.000 |
| Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP | 92.160 |
| Aporte obligatorio ARL | 3.007 |
| **TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN** | 167.167 |

Comprobante de Giro No: 3000418628

Responsable de Presupuesto:

20236810063552
01 junio 2023

Bogotá D.C 01 de Junio 2023

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

Asunto: Pago 03 – **CPS Nº 281 2023**

Respetado Doctor:

Por medio de la presente remito el Informe del contrato de Prestación de Servicios No. 281 de 2023, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: El 01 de Mayo hasta el 31 de Mayo del 2023.

1. Informe de Actividades.
2. Soportes del informe de actividades en OneDrive.
3. Planilla de seguridad social.
4. Soporte de pago de seguridad social.
5. Cuenta de cobro. No 3
6. Certificación Tributaria.
7. Formato de dependientes

Agradezco su amable atención y colaboración.

**JUAN DAVID BEDOYA SILVA**
C.C 80190832 de Bogota
Dirección: calle 127 b # 51-69
CEL:3023766671
Correo electrónico juanda.bs@gmail.com
Fecha de nacimiento: 27/09/1984

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

| INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 03<br>PERÍODO: 01 DE MAYO AL 31 DE mayo de 2023 de 2023 | |
|---|---|
| **DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO** | |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **No. CONTRATO Y FECHA** | 281-2023 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** |
| **TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN** | 80190832 |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | NUEVE (9 ) MESES |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 48.600.000 |
| **VALOR DEL PERIODO DE COBRO** | $. 5.400.000 |
| **No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)** | **O2-30-11-605570000001698** |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | 23 de marzo 2023 |
| **PRÓRROGA[1]** | N/A |
| **ADICIÓN** | N//A |
| **SUSPENSIÓN** | N/A |
| **FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)** | 22 de Diciembre de 2023 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | APOYAR JURÍDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACIÓN DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS QUE CURSAN EN LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE. |

[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

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| OBLIGACIÓN ESPECIFICA 1: Apoyar en la revisión de los actos administrativos que imponen sanciones en materia de obras y urbanismo, espacio público y establecimientos de comercio | 1. Me fueron asignados 28 Expedientes para sustanciación y análisis<br><br>6957,903,10448,10274,10544.10728,15122,11150,15201,11067,257,15201,11067,12087.,15202,13963,14175,9529,10620,11619,12005,13657,327.15202,13963,14175,9529,10620,11619,12005,13657. | Los siguientes expedientes fueron clasificados como temas relacionados con régimende obras y Urbanismo:<br><br>,13963,14175,9529,10620,11619,12005,13657.<br>los siguientes expedientes fueron clasificados como temas de Establecimiento de Comercio<br><br>6957,903,10448,10274,10544.10728,15122,11150,15201,11067,257,15201,11067,12087.,15202,13963,14175,9529,10620,11619,12005,13657, | Expediente Fisico |

| | | | |
|---|---|---|---|
| GOBLIGACIÓN-ESPECIFICA-2: Proyectar los actos administrativos correspondientes, conforme con la normatividad vigente, que permitan decidir, depurar y dar cierre a los trámites procesales represados y presentarlos al profesional especializado del área de gestión policiva (AGP) de la ALRUU, para su revisión | Se analizó jurídicamente la documentación de lossiguientes expedientes 020-2008, 11234-2015,9567-2014,10726-2014,10909-2014,10954-2014,10955-2014-10988-2014-11407-2015,161-2014,186-2014-191-2012-268-2014,10321-2014.10457-2014,10319,2015<br><br>11712-2015-13369-2016-14898-2016-14908-2016-14929-2016-,<br><br>9563,11776,14153,068,2011,069-2015,1227-2015 se generaron impulsos procesales correspondientes a los diferentes expedientes, se proyectaron resoluciones de Archivo, perdida de fuerza de ejecutoria. | 020-2008, 11234-2015,9567-2014,10726-2014,10909-2014,10954-2014,10955-2014-10988-2014-11407-2015,161-2014,186-2014-191-2012-268-2014,10321-2014.10457-2014,10319,2015<br><br>11712-2015-13369-2016-14898-2016-14908-2016-14929-2016-,<br><br>9563,11776,14153,068,2011,069-2015,1227-2015 | Expedientes físicos |
| | Se generaron las notificaciones 11712-2015-13369-2016- | 11712-2015-13369-2016- | Expediente físco, Orfeo , si actúa |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| OBLIGACION ESPECIFICA 4:<br>Proyectar y/o revisar, las respuestas a derechos de peticiones de relacionadas con actuaciones administrativas que le sean asignadas | Se da respuesta a Derecho de petición con radicado 20232100341462 | Se da respuesta a Derecho de petición con radicado 20232100341462 | Se da respuesta a Derecho de petición con radicado 20232100341462 |
| OBLIGACION ESPECIFICA 5:<br>Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual | Se asiste a las reuniones citadas por asesor de despacho y por la profesional grado 22 | Se asiste a las reuniones citadas por asesor de despacho y por la profesional grado 22 | Se asiste a las reuniones citadas por asesor de despacho y por la profesional grado 22 |
| OBLIGACION ESPECIFICA 6:<br>Apoyar la supervisión de los contratos que le sean asignados | No se genero obligación | No se genero la obligación | No se genero la obligación |
| OBLIGACION ESPECIFICA 7:<br>Ajustar los proyectos de actos administrativos a partir de las observaciones y/o modificaciones sugeridas por el supervisor del AGP o quien el designe | No se genero obligación | No se genero la obligación | No se genero la obligación |
| OBLIGACION ESPECIFICA 8:<br>Entregar, mensualmente, el archivo de los documentos suscritos que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales | Se entrega la documentación y el archivo correspondiente. | Expedientes físicos | Expedientes fiscos |
| OBLIGACION ESPECIFICA 9:<br>Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del contrato. | Se presta atención al usuario el dia 25/04/2023 de manera presencial | Atención al usuario , notificaciones | Expedientes fiscos |

| 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** |
| | **COMPENSAR** | **POSITIVA** | **PORVENIR** |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Gobierno

| **FIRMAS** | **CONTRATISTA** |
|---|---|
| **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. | **Firma:**<br>**Nombre: Juan david bedoya**<br>**Cédula: 80190832** |
| | **SUPERVISOR/INTERVENTOR** |
| | **Nombre: EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO**<br>**Cargo: ALCALDE LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**<br>**Firma:** |
| | **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** |
| | **Nombre: MARLENE ALCIRA MELENDEZ PEREZ**<br>**Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 222/24**<br>**Firma:** |

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 | 80190832 | JUAN DAVID BEDOYA SILVA | CRA 68 F 65-49 | 2622694 | juanda.be@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 25/05/2023 | 97263578 | $639.000 | |

## 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 | 270.000 | 0 | | 0 | | 0 | 18 | 5.200 | 0 | 275.200 | 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 | 345.600 | 0 | 0 | 6 | 0 | 18 | 6.600 | 0 | 352.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 11.300 | | | | 11.300 | 18 | 300 | 11.600 | | | 113 | 11.600 | 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 | 1 | 270.000 | 275.200 |
| Pensión | 1 | 345.600 | 352.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.300 | 11.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 626.900 | 639.000 |

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 | 80190832 | JUAN DAVID BEDOYA SILVA | | CRA 68 F 65-49 | 2822694 | juanda.bs@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 25/05/2023 | 67283578 | $639.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Departamento | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONDICIÓN | 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 | 80190832 | BEDOYA SILVA JUAN DAVID | 58 | 0 | | | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | 23301 | 2.160.000 | 345.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.160.000 | 270.000 | 14-23 | 2.160.000 | 1 | 11.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

miplanilla.com

# Pagos PSE

**Resumen de pago**

## Número de planilla **67263578**

| | |
|---|---|
| Identificación del aportante | 80190832 |
| Tipo de planilla | I - Planilla de Independientes |
| Periodo de liquidación | Abril 2023 |
| Fecha límite de pago | 09/05/2023* |
| Valor planilla | $639,000 |
| IP | 10.0.66.32 |
| Fecha y hora de la transacción | 25/05/2023 |
| CUS Código único de transacción | 2098950148 |
| Estado de la transacción | **Transacción aprobada** |

Salir

Bogotá D.C 01 de Junio de 2023

# Cuenta de Cobro No 03

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

**DEBE A:**
**JUAN DAVID BEDOYA SILVA** C.C. 80190832

**LA SUMA DE: ($ 5.400.000)**
**SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE**

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 281 del 2023 durante el periodo comprendido entre el **01** al **31** del mes de **MAYO** de 2023

Código actividad económica principal RUT: **6910**
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 articulo 50 de la ley 789 de 2002 y el articulo 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:

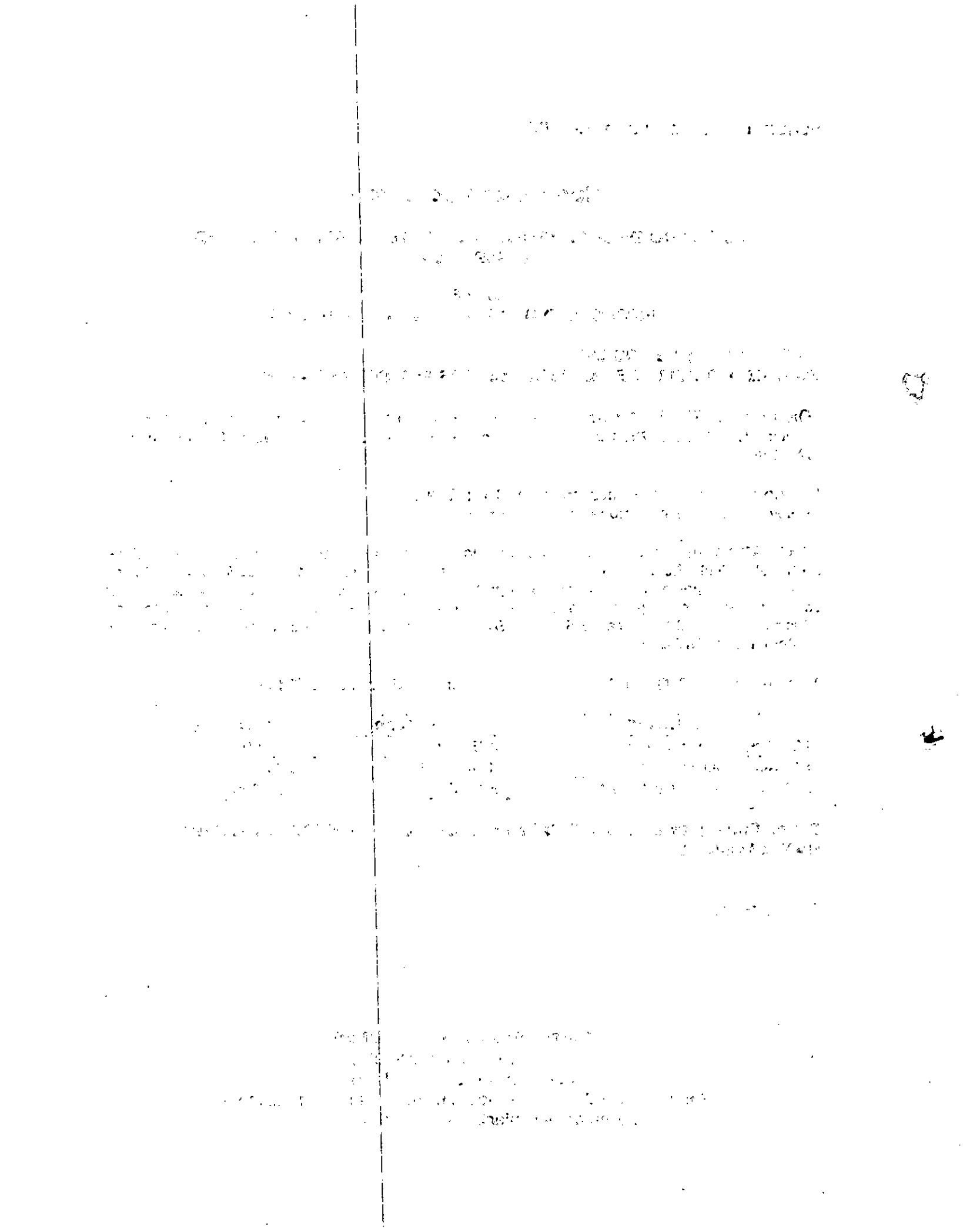
Mes de aporte: **A B R I L** Numero de planilla: **67263578**

| CONCEPTO | ENTIDAD | VALOR APORTE |
|---|---|---|
| ARL (Riesgos Profesionales) | POSITIVA | 11.600 |
| EPS (Aporte Salud Obligatoria) | COMPENSAR | 275.200 |
| AFP (Aportes Pensiones Obligatorias) | PORVENIR | 352.200 |

**Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No.29931953336 del Banco BANCOLOMBIA**

Atentamente,

**JUAN DAVID BEDOYA SILVA**
C.C. 80190832 de BOGOTA
Dirección:CALLE 127 # 51-69
CEL:302376671 Correo electrónico:juanda.bs@gmail.com
Fecha de nacimiento: 26/09/1984



BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

**Numero de Contrato** 281 de 2023

Yo, _JUAN DAVID BEDOYA SILVA, identificado con cédula de ciudadanía No. 80190832 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) | | |
| 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 | | X |

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

| | | |
|---|---|---|
| año: **2022** (Anexar certificación en la primera cuenta) | | |
| 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 31 días del mes de Mayo de 2023

Firma:

Nombre:Juan david bedoya silva
C.C: 80190832
Dirección de correspondencia: calle 127 bbis # 51-69
Teléfono de contacto: 3023766671
y correo electrónico personal:juanda.bs@gmail.com

| BOGOTÁ / SECRETARÍA DE GOBIERNO | SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES | Código: GCO-GCHP137<br>Versión: 03<br>Vigencia: 07 de febrero de 2022<br>Caso HOLA: 225687 |
|---|---|---|

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° 281-2023 que suscribí con el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAL 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).

El cuerpo del Juramento se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD: DÍA 31 | MES 5 | AÑO 2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | CÉDULA Nº | UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| JUAN DAVID BEDOYA SILVA | 83190832 | ARRA GESTION POLICIVA Y JURIDICA | 3023766671 |

**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.

Relaciona los datos del dependiente que deses declarar

| NOBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD | INGRESOS DEL DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| JUANITA BEDOYA BERMUDEZ | HIJA | 4 | 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 o la autoridad oficial correspondiente, o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la |
| Requisitos: | Certificado de constancia de estudios del año en curso emitido por la institución de educación superior ó programa 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 o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores al año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que |
| Requisito: | |
| • | Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito. |
| • | Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito |
| • | Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o 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 o psicológicos |
| | |
| 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

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 celda correspondiente

**NOMBRES 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 dichos entes dependerán cupo.

**PARENTESCO:** Registre el parentesco del familiar que dichos entes dependerán cupo

**EDAD:** Registre la edad del familiar que dichos entes dependerán cupo

**INGRESOS DEL DEPENDIENTE:** Registre los ingresos anuales del familiar que dichos entes dependerán cupo.

**REQUISITO:** De acuerdo con los documentos requeridos en cada caso de no dicho entonces por una única vez y sólo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141527319

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55136599

Datos de la oficina de registro - Clase de nacimiento

Registrado [ ] Hospital [X] Fuera [ ] Domicilio [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D M O

COLOMBIA - BOGOTA DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer apellido: BEDOYA | Segundo apellido: BERMUDEZ

Nombre(s): JUANITA

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes MAY Día 29 | Sexo: FEMENINO | Número de orden: 0 | Tipo de inscripción: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento, Intendencia o Comisaría - Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA-BOGOTA-DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedente o fundamento de inscripción: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Indicativo antecedente de nacido vivo: 15407296-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BERMUDEZ PERDOMO OLGA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1022342195 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BEDOYA SILVA JUAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número): CC 80190832 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BEDOYA SILVA JUAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número): CC 80190832 | X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de inscripción: Año 2019 Mes MAY Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CARLOS ROBERTO RAMIREZ PARDO

Nombre(s) y firma del inscribiente, testigo a ruego o funcionario responsable del reconocimiento: X

Firma | Nombre(s) y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO N 37 FOLIO N 15

Este Registro tiene validez permanente

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRO

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 JUAN DAVID BEDOYA SILVA 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 el primero (01) de Mayo de 2023 y el (31) de Mayo de 2023.

| | |
|---|---|
| Contrato: | No. 281 -2023 |
| Tipo de Contrato: | Prestación de Servicios |
| Contratista: | JUAN DAVID BEDOYA SILVA |
| Cédula o NIT | No. 80190832 |
| Objeto: | APOYAR JURÍDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACIÓN DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS QUE CURSAN EN LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE. |
| Plazo del contrato: | NUEVE (9) meses |
| Fecha iniciación: | 23 de marzo 2023 |
| Fecha de terminación: | 22 de Diciembre 2023 |
| Prórroga(s) | N/A |
| Valor inicial pactado: | $ 48.600.000 |
| Valor adicional: | $0 |
| Valor a pagar: | $5.400.000 No. de pago: 3 |
| Numero de PIN: | 67263578 |
| Periodo cotizado. | Mes Abril año 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 el 1 de junio dos mil veintitrés (2023). Interventor o Supervisor,

**MARLENE ALCIRA MELENDEZ PEREZ**
C.C. 41.628.612 de Bogotá
Coordinadora Área Gestión Policiva

**EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO**
C.C. 1.031.164.535 de Bogotá
Alcalde Local de Rafael Uribe Uribe

