ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

# Historial de Pagos por Proveedor

| CÓDIGO DE TERCERO | TIPO DE DOCUMENTO | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE |
|---|---|---|---|
| 1002613727 | CC | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR |

| 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 | 3000585664 | 002 | 18-ago-23 | 18-ago-23 | PAGADA | 22-ago-23 | 5001367726 | Transferencia Giradora | 7.200.000 | 7.110.236 | 24093452476 AHORROS Banco Caja Social BCSC SA | | |

## Detalle de descuentos tributarios

| Numero Documento Contable | Descripción | % Descuento | Base Retención | Valor Retención |
|---|---|---|---|---|
| 3000585664 | RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET | 0.0000 | 4.244.400 | 40.899 |
| | RETEICA 7.66 X MIL | 0.7660 | 6.379.200 | 48.865 |
| | | | TOTAL DESCUENTOS | 89.764 |

## Información presupuestal

| Numero Documento Contable | CRP | Posición CRP | PosPre | Fondo | PP |
|---|---|---|---|---|---|
| 3000585664 | 5000486291 | 001 | 10 | 1-100-I079 | 2023 |

| | |
|---|---|
| | 13-sep-23 08:26:18 |
| | 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:** | 16/08/2023 | |
| **CONTRATISTA:** | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | **NIT. o C.C.** | 52.375.848 | |
| **PERIODO:** | **Del** | **21/06/2023** | **Al** | **31/07/2023** | |
| **PAGO No.** | **1 Y 2 CESIÓN** | | Documento No. | Cuenta cobro | **1 Y 2 CESIÓN** |
| **Responsable IVA** ☐ | ☑ | **Pensionado** ☐ | **Dependientes** ☑ | **Declarante de renta** ☑ | |

| PAGO | CUENTA CONTABLE CGN | CUENTA CONTABLE SDH | BASE | % | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR BRUTO** | 51117901 | 5111790317 | | | **7.200.000** |
| Retefuente Honorarios | | | - | 0,00% | **0** |
| Retefuente Servicios | | | - | 0,00% | **0** |
| Retefuente Rtas trabajo | **24361502** | **2436150201** | 4.244.400 | 19,00% | **40.899** |
| Retefuente Compras | | | | | |
| Retefuente C.O.P | | | | | |
| Reteiva | 0 | | - | 0,00% | **0** |
| Reteica | **243627** | **2436270100** | 6.379.200 | 0,766% | **48.865** |
| Contribución Especial | | | | | |
| Amortización Anticipos | | | | | |
| Otros Ajustes de Reten. | | | | | **0** |
| **TOTAL DESCUENTOS** | | | | | **89.764** |
| **NETO A PAGAR** | **240101** | **2401010100** | | | **7.110.236** |

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

Elaboró: Nicolás Rodríguez D - Profesional FDLRUU
Aprobó:

**PLANILLA MES DEL INGRESO** JUNIO / JULIO

**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: **O23011605570000001698**

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. 20236820017893 de fecha 14/8/2023 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** | 2.880.000 |
| Aporte obligatorio para salud - 12,5% | 360.000 |
| Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP | 460.800 |
| Aporte obligatorio ARL | 15.034 |
| **TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN** | 835.834 |

Comprobante de Giro No: 3000585664

Responsable de Presupuesto:

20236820017493
01/08/2023

Bogotá D.C 01 de agosto del 2023

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

**Asunto: Pago # 1 Y 2 de la cesión – 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 21 de junio hasta el 31 de julio del 2023.

1. Informe de Actividades
2. Soportes del informe de actividades en OneDrive
3. Soportes de pago seguridad social Aportes parafiscales del mes de junio y julio del 2023
4. Certificación tributaria
5. Certificación anual
6. Declaración juramentada – Relación de Contratos de Prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales
7. Cuenta de cobro
8. RUT
9. RIT
10. Memorando Solicitud Cesión Derechos Económicos CPS-281/2023
11. Minuta Cesión Del Contrato de Prestación de Servicios 281-2023
12. Certificación bancaria
13. Formulario declaración del estado de salud
14. Deducción de la base de la Retención por concepto de dependientes

Agradezco su amable atención y colaboración.

**ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**
C.C. 52.375.848 de Bogotá
Dirección: Diagonal 146 N° 128 – 53 Casa 29
Cel.: 3134485616
Correo electrónico: abogada.arcantor@gmail.com
Fecha de nacimiento: 18 de septiembre de 1976

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 01 Y 02 DE LA CESIÓN<br>PERÍODO: 21 DE JUNIO AL 31 DE JULIO DE 2023 | |
|---|---|
| **DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO** | |
| **TIPO DE CONTRATO** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS |
| **No. CONTRATO Y FECHA** | 281 DEL 17 DE MARZO DE 2023 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA CEDENTE** | JUAN DAVID BEDOYA SILVA |
| **TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN** | # C.C. 80.190.832 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA CESIONARIO** | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ |
| **TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN** | # C.C. 52.375.848 |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | NUEVE (09) MESES |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 48.600.000 |
| **VALOR DEL PERIODO DE COBRO** | $ 7.200.000 |
| **No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)** | O2-30-11-605570000001698 |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | 23 DE MARZO DE 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 JURIDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACION 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 No 1:**<br><br>Clasificar los expedientes asignados por vigencia y tipologías: espacio público, establecimientos de comercio Ley 232 de 1995 y régimen de obras y urbanismo. | Me fueron asignados los expedientes para análisis, revisión sustanciación y corrección conforme plan de contingencia | Los expedientes fueron clasificados como temas relacionados con obras, espacio publico y establecimiento de comercio | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes y relación de ellos anexo Excel. |
| **Obligación No 2:**<br><br>Analizar jurídicamente los expedientes asignados, emitir el respectivo concepto de acuerdo con la revisión realizada para establecer la actuación jurídica a seguir conforme con la naturaleza del proceso que corresponda. | Se analizó jurídicamente la documentación de los expedientes | Se analizó jurídicamente la documentación de los expedientes | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes y relación de ellos anexo Excel. |
| **Obligación No 3:**<br><br>Determinar del reparto asignado, los expedientes que pueden ser archivados a partir de las causales de caducidad y/o prescripción y/o pérdida de fuerza de ejecutoria del acto administrativo. | Se proyectaron para archivo los expedientes correspondientes | Se proyectaron los expedientes según el caso | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes y relación de ellos anexo Excel. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| **Obligación No 4:**<br><br>Proyectar los actos administrativos correspondientes, conforme con la normatividad vigente, que permitan impulsar efectivamente los expedientes propendiendo por una decisión de fondo y/o su oportuna terminación o cierre y presentarlos al profesional que cumpla con el rol de supervisión estratégica de depuración e impulso procesal local para su revisión. | Se proyectaron los expedientes según el caso | Se proyectaron los expedientes según el caso | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes y relación de ellos anexo Excel. |
| **Obligación No 5:**<br><br>Ajustar los proyectos de actos administrativos a partir de las observaciones y/o modificaciones sugeridas por el profesional que cumpla con el rol de supervisión estratégica de depuración e impulso procesal local de la Alcaldía, o quien este designe. | Para este periodo no se realizaron actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| **Obligación No 6:**<br><br>Proyectar para firma del alcalde local las solicitudes de información y/o concepto dirigidas a las instancias distritales competentes y realizar su respectivo seguimiento. | Para este periodo no se realizaron actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. |
| **Obligación No 7:**<br><br>Realizar seguimiento a las visitas técnicas solicitadas y a la oportuna entrega del correspondiente informe. | Para este periodo no se realizaron actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. |
| **Obligación No 8:**<br><br>Revisar, analizar y proyectar respuesta oportuna a la totalidad de las solicitudes que le sean asignadas, en el aplicativo institucional ORFEO y presentarlos al Profesional que cumpla con el rol de supervisión estratégica de depuración e impulso procesal local de la Alcaldía, para su revisión. | Se realizaron las respuestas asignadas en el aplicativo Orfeo | Se realizaron las respuestas asignadas en el aplicativo Orfeo | Anexo Excel y pantallazo Orfeo. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| **Obligación No 9:**<br><br>Incorporar al expediente físico los actos administrativos y/o la documentación generada por cada impulso procesal realizado. | Se realizó la organización física de los documentos en los expedientes | Se realizó la organización física de los documentos en los expedientes | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes y relación de ellos anexo Excel. |
| **Obligación No 10:**<br><br>Apoyar en los trámites necesarios a la Alcaldía Local para surtir el trámite de notificación personal y mediante edicto de los actos administrativos y decisiones, en los términos de la Ley 1437 de 2011. | Se realizaron las notificaciones correspondientes a los expedientes asignados | Se realizaron las notificaciones correspondientes a los expedientes asignados | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes y relación de ellos anexo Excel. |
| **Obligación No 11:**<br><br>. Registrar correctamente en el Aplicativo ¿SI ACTUA ¿la actuación realizada en cada uno de los expedientes asignados. | Para este periodo no se realizaron actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. |



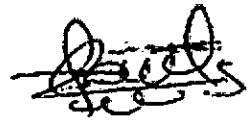
3

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| **Obligación No 12:**<br><br>Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto. | 1. Tuve a cargo la atención al ciudadano el 03 – 17 y 31 de julio 2023<br>2. Se asiste a reunión el 14 de julio de 2023 en el auditorio HUITACA de la secretaria de gobierno.<br>3. 2. Se asiste a reunión el 19 de julio de 2023 en el auditorio de la alcaldía local. | Se asistieron a las reuniones convocadas. | Anexo fotografías y documentos. |
| **Obligación No 13:**<br><br>Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Se presentó el informe mensual de actividades correspondiente a junio y julio de 2023. | Se presentó el informe mensual de actividades correspondiente a junio y julio de 2023. | Evidencias cargadas en carpeta One Drive y SECOP II. |
| **Obligación No 14:**<br><br>Entregar, mensualmente, el archivo de los documentos suscritos que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales. | Para este periodo se entregaron todos los expedientes al área de archivo. | Para este periodo se entregaron todos los expedientes al área de archivo. | Los documentos se encuentran en las carpetas físicas que hacen parte de los expedientes. |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| **Obligación No 15:**<br><br>Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del contra. | Para este periodo no se realizaron actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. | No se registraron actividades en el marco del cumplimiento a esta obligación durante el periodo. |

**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 |
|---|---|---|---|
| | SALUD TOTAL | POSITIVA | PROTECCIÓN |

| 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. | <br>**Firma:**<br>**Nombre: ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**<br>**Cédula: 52.375.848 DE BOGOTA**<br>**SUPERVISOR/INTERVENTOR** |

| | |
|---|---|
| | **Firma:**<br>**Nombre: EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO**<br>**Cargo: ALCALDE LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE** |
| | **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** |
| | **Firma:**<br>**Nombre: MARLENE ALCIRA MELENDEZ PEREZ**<br>**Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADA GRADO 222-24** |

*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.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL IIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | Diagonal 146 n 128 53 Interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@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 | |
| 2023-06 | 2023-06 | I | 14/06/2023 | 68577580 | $330.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 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 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| 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 | 330.600 | 330.600 |

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 | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | Diagonal 146 n 128 53 Interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@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 | |
| 2023-06 | 2023-06 | I | 14/06/2023 | 68577560 | $330.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Sueldo | Estudiante | Cotiz. Voluntario | Suspensión | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntaria 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 | 52375848 | CANTOR SUAREZ ALBA ROCIO | 3 | 8 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.160.000 | 145.000 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

notificador@ban... 13 de jun.

para mí

Estimado cliente con cuenta Nro.*******2476:

**Banco Caja Social** le informa que el dia **2023.06.13** a las **20:36** se realizo una transaccion de **PAGO PSE BANCA PERSONAL EXITOSA** por un valor de **$330,600.00** a traves del canal **PSE BANCA PERSONAS**. Oficina/Terminal: , que cumple con las condiciones de notificacion establecidas por usted.

Nos complace contar con clientes como usted.

==========
==========

Por favor no responda este correo.

Para cualquier informacion adicional puede consultar nuestra pagina de Internet o comunicarse con nosotros a traves de las siguientes opciones:

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL IIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | Diagonal 146 n 128 53 interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@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 | |
| 68577580 | 14/06/2023 | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-06 | 2023-06 | N | 24/07/2023 | 69545763 | $6.200 | |

## 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 | 6.100 | | | | 6.100 | 11 | 100 | 6.200 | | | 61 | 6.200 | 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 | 6.100 | 6.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 1 | 6.100 | 6.200 |

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 | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | Diagonal 146 n 128 53 interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 – 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 | |
| 88577580 | 14/06/2023 | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-06 | 2023-06 | N | 24/07/2023 | 69545763 | $6.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombre | Depto | Ciudad | Extranjero | Cotiza Exterior | VSP | IGE | TDE | TAE | IRP | TDP | TAP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | LLP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 52375848 | CANTOR SUAREZ ALBA ROCIO | 59 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.160.000 | 145.000 | 14-23 | 1.160.000 | 1 | 6.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

8

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

## Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

**FECHA Y HORA**
24 julio 2023 2:31 pm

**DIRECCIÓN IP** 190.24.8.179

**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**
APII3205323762594801

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**
48013LEF

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL COMERCIO** | COMPENSAR-OI |
| **NIT DEL COMERCIO** | 9998600669427 |
| **CÓDIGO DEL SERVICIO** | 99000 |
| **VALOR DE LA TRANSACCIÓN** | $6.200,00 |
| **VALOR DEL IMPUESTO** | $0,00 |
| **REFERENCIA DE PAGO** | 69545763 |
| **FECHA DE LA SOLICITUD** | 24 julio 2023 |
| **REFERENCIA 1** | 190.24.8.179 |
| **REFERENCIA 2** | CC |
| **REFERENCIA 3** | 52375848 |
| **CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)** | 62673673 |
| **CICLO DE LA TRANSACCIÓN** | 4 |
| **DESCRIPCIÓN DEL PAGO** | MiPlanilla.com Pago Protéccion Social |
| **CUENTA ORIGEN** | Cuentamiga *******2476 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL IIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | Diagonal 146 n 128 53 interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-07 | 2023-07 | I | 24/07/2023 | 69382193 | $615.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 270.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 270.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 345.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 345.600 | 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 | 270.000 | 270.000 |
| Pensión | 1 | 345.600 | 345.600 |
| 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 | 615.600 | 615.600 |

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 | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | Diagonal 146 n 128 53 interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@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 | |
| 2023-07 | 2023-07 | I | 24/07/2023 | 89382193 | $615.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Holandés | Colombiano Residente Exterior | Residente | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Cotizante | 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 | 52375848 | CANTOR SUAREZ ALBA ROCIO | 3 | 0 | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | 230201 | 2.160.000 | 345.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.160.000 | 270.000 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

notificador@banco... Ayer

para mí

Estimado cliente con cuenta Nro.*******2476:

**Banco Caja Social** le informa que el dia **2023.07.23** a las **22:59** se realizo una transaccion de **PAGO PSE BANCA PERSONAL EXITOSA** por un valor de **$615,600.00** a traves del canal **PSE BANCA PERSONAS**. Oficina/Terminal: , que cumple con las condiciones de notificacion establecidas por usted.

Nos complace contar con clientes como usted.

==========
==========

Por favor no responda este correo.

Para cualquier informacion adicional puede consultar nuestra pagina de Internet o comunicarse con nosotros a traves de las siguientes opciones:

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL JIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | Diagonal 146 n 126 53 interior 29 | 8104233 | abogada.arcantor@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 | |
| 69382193 | 24/07/2023 | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-07 | 2023-07 | N | 24/07/2023 | 69545844 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $11.300 | |

## 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 | | | | | |

| 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 | 11.300 | | | | 11.300 | 0 | 0 | 11.300 | | | 113 | 11.300 | 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 | 11.300 | 11.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 1 | 11.300 | 11.300 |

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 | 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | | Diagonal 148 n 128 53 interior 29 | 6104233 | abogada.arcantor@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 | |
| 69382193 | 24/07/2023 | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-07 | 2023-07 | N | 24/07/2023 | 89545844 | $11.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Residente | Estudiante | Colombo Extranjero | Sin Novedad | IRET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | SU | 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 |
| CC | 52375848 | CANTOR SUAREZ ALBA ROCIO | 58 | 0 | | | N | | | | | | X | | | | | | | | | 230201 | 2.180.000 | 345.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.180.000 | 270.000 | 14-23 | 2.180.000 | 1 | 11.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Banco Caja Social

12

## Pago de servicios electrónicos

### Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

**FECHA Y HORA**
24 julio 2023 2:32 pm

**DIRECCIÓN IP. 190.24.8.179**

**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**
APII3205325581249730

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**
9730DGCG

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL COMERCIO** | COMPENSAR-OI |
| **NIT DEL COMERCIO** | 9998600669427 |
| **CÓDIGO DEL SERVICIO** | 99000 |
| **VALOR DE LA TRANSACCIÓN** | $11.300,00 |
| **VALOR DEL IMPUESTO** | $0,00 |
| **REFERENCIA DE PAGO** | 69545844 |
| **FECHA DE LA SOLICITUD** | 24 julio 2023 |
| **REFERENCIA 1** | 190.24.8.179 |
| **REFERENCIA 2** | CC |
| **REFERENCIA 3** | 52375848 |
| **CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)** | 62678025 |
| **CICLO DE LA TRANSACCIÓN** | 4 |
| **DESCRIPCIÓN DEL PAGO** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social |
| **CUENTA ORIGEN** | Cuentamiga *******2476 |

12

13

Bogotá, D.C., 1 de agosto de 2023

Señores:
**FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**
Ciudad

**CERTIFICACIÓN ANUAL**

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 1° del Decreto 1070 de 2013 y artículo 6° del Decreto 3032 de 2013 y como persona actualmente residente en Colombia, que estará cobrando rentas de trabajo (salarios, honorarios, comisiones, servicios personales, emolumentos eclesiásticos, etc.), yo, **ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 52.375.848 de Bogotá, certifico bajo la gravedad de juramento, con miras a establecerse la categoría tributaria a la que pertenezco, lo siguiente:

Escoger solo una de las dos opciones en cada una de las preguntas:

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| 1. Durante el año gravable **2022**, el 80% o más de mis ingresos brutos provinieron de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante (Asalariado). | | X |
| 2. Durante el año gravable **2022**, el 80% o más de mis ingresos brutos provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado (Prestación de Servicios). | X | |
| 3. Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable **2022.** | X | |
| 4. Por el año gravable **2022**, preste servicios técnicos que requirieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo represente más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. | | X |

**ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**
C.C. 52.375.848 de Bogotá
Dirección: Diagonal 146 N° 128 – 53 Casa 29
Cel.: 3134485616
Correo electrónico: abogada.arcantor@gmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

**Número de Contrato** N° 281 de 2023

Yo, ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.375.848 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 |

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

| | | |
|---|---|---|
| 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** |
| 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) día del mes de julio del 2023.

**ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**
C.C. 52.375.848 de Bogotá
Dirección: Diagonal 146 N° 128 – 53 Casa 29
Cel.: 3134485616
Correo electrónico: abogada.arcantor@gmail.com

15

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., 01 de agosto de 2023

Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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

Yo, ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ, identificada con cédula de ciudadanía número 52.375.848, me permito informar que actualmente SI ____ NO __X__, 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 | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A |
| 2 | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A |
| 3 | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A |
| 4 | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A |
| 5 | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A | N. A |

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 01 de agosto de 2023.

**ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**
C.C. 52.375.848 de Bogotá
Dirección: Diagonal 146 N° 128 – 53 Casa 29
Cel.: 3134485616
Correo electrónico: abogada.arcantor@gmail.com
Correo electrónico institucional: alba.cantor@gobiernobogota.gov.co

Bogotá D.C., 01 de agosto del 2023

**Cuenta de Cobro No. 1 Y 2 de la cesión**
**FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**
**NIT. 899.999.061-9**

**DEBE A:**

**ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**
**C.C. 52.375.848**

**LA SUMA DE: $ 7.200.000**
**SON: SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.**

POR CONCEPTO DE: Pago correspondiente del contrato de Prestación de Servicios No. 281 de 2023, del periodo comprendido entre: El 21 de junio del 2013 y el 31 de julio del 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 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: JUNIO 2023 Numero de planilla: **68577580 - 69545763**

| CONCEPTO | ENTIDAD | VALOR APORTE |
|---|---|---|
| ARL (Riesgos Profesionales) | POSITIVA | $6.200 |
| EPS (Aporte Salud Obligatoria) | SALUD TOTAL | $145.000 |
| AFP (Aportes Pensiones Obligatorias) | PROTECCION | $185.800 |

Mes de aporte: JULIO 2023 Numero de planilla: **69382193 - 69545844**

| CONCEPTO | ENTIDAD | VALOR APORTE |
|---|---|---|
| ARL (Riesgos Profesionales) | POSITIVA | $11.300 |
| EPS (Aporte Salud Obligatoria) | SALUD TOTAL | $270.000 |
| AFP (Aportes Pensiones Obligatorias) | PROTECCION | $345.800 |

**Cuenta de ahorros No. 24093452476 del Banco Caja Social.**

Atentamente,

**ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**
C.C. 52.375.848 de Bogotá
Dirección: Diagonal 146 N° 128 - 53 Casa 29
Cel.: 3134485616
Correo electrónico: abogada.arcantor@gmail.com
Fecha de nacimiento: 18 de septiembre de 1976

16

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14931261863

(415)7707212489984(8020) 000001493126186 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 3 7 5 8 4 8 | 7 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 52375848 | 1 9 9 4 1 0 3 1 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CANTOR | SUAREZ | ALBA | ROCIO |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: DG 146 128 53 IN 29

42. Correo electrónico: arcantor848@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 4 4 8 5 6 1 6 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 1 0 | 2 0 1 8 0 4 2 3 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023 - 08 - 08 / 14 : 41: 44

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PEÑA PEÑA DIANA ALEJANDRA

985. Cargo Gestor I

DOCUMENTO SIN VALIDEZ COMERCIAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

# DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
## REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:31/05/2023

| CONTRIBUYENTE | C.C. 52375848 | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: DG 146 128 53 IN 29 Teléfonos: 6018104233

Dirección electrónica: arcantor848@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 23/04/2018

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 23/04/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69101 - Actividades jurídicas como consultoría profesional

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

Powered by CamScanner

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No. 20236820014483
Fecha: 26-06-2023
*20236820014483*

# MEMORANDO

**PARA:** **DIANA ROCIO SANCHEZ CURREA**
Analista Económico y/o Jefe de Presupuesto

**DE:** **EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO**
Alcalde Local de Rafael Uribe

**ASUNTO:** **Solicitud Cesión Derechos Económicos CPS No. 281 DE 2023**

Atentamente, me permito solicitarle se sirva realizar la cesión de los derechos económicos en el contrato **CPS No. 281 de 2023** tras la modificación contractual realizada (cesión) al contrato del asunto, bajo la siguiente información:

| | |
|---|---|
| **PROYECTO:** | No. 1698 |
| **IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** | O23011605570000001698 |
| **NOMBRE DEL PROYECTO:** | Inspección, vigilancia y control en Rafael Uribe Uribe |
| **No. CDP Y FECHA:** | 1018 del 23 de febrero de 2.023 |
| **No. RP Y FECHA:** | 983 del 22 de marzo de 2.023 |
| **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:** | 11 meses |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $ 48.600.000 |
| **NOMBRE DE CEDENTE:** | **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** |
| **IDENTIFICACIÓN CEDENTE:** | 80.190.832 de Bogotá |
| **FECHA DE TERMIACION DEL CEDENTE:** | 20 de junio de 2.023 |
| **MODALIDAD DE SELECCION:** | Contratación Directa |

| | |
|---|---|
| **NOMBRE CESIONARIO:** | **ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ** |
| **IDENTIFICACION CESIONARIO:** | 52.375.848 de Bogotá D.C. |
| **FECHA INICIO DE LA CESION:** | 21 de junio de 2.023 |
| **QUIEN LO SOLICITA** | EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO |

La relación contractual entre **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** y el **FONDO** se termina el día veinte (20) de junio de 2.023. La cesión del presente contrato de **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** y **ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ** empezará a partir del día veintiuno (21) de junio de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,



**EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO**

**Alcalde Local de Rafael Uribe Uribe**

**CESION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 281-2023 SUSCRITO ENTRE EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE Y JUAN DAVID BEDOYA SILVA**

Entre los suscritos, de una parte, **EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.031.164.535 de Bogotá, en calidad de **ALCALDE LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**, código 030, grado 05 en virtud del nombramiento realizado por la Alcaldesa Mayor de Bogotá, D.C., mediante Decreto Distrital 418 del 28 de octubre de 2021, debidamente posesionado de acuerdo con el acta No. 303 del 02 de noviembre de 2021 con efectos a partir del día 02 de noviembre de 2021, quien actúa como ordenador del gasto en nombre del Fondo de Desarrollo local de Rafael Uribe Uribe, como consecuencia de la delegación de la capacidad para contratar otorgada por el Decreto 374 de 21 de junio de 2019 expedido con base en lo dispuesto en el Decreto ley 1421 de 1993 y lo señalado en el artículo 11 del Acuerdo Distrital 740 de 2019, quien en lo sucesivo se denominará **EL FONDO**, y por la otra **JUAN DAVID BEDOYA SILVA,** mayor de edad, vecino(a) de esta ciudad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80.190.832 de Bogotá, quien en adelante se denomina **EL CEDENTE** y **ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 52.375.848 de Bogotá D.C., quien en adelante se denomina **EL CESIONARIO**, hemos convenido suscribir la **CESIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 281 DE 2023** previas las siguientes:

**CONSIDERACIONES**

1. El mencionado contrato de prestación de servicios se suscribió el día 17 de marzo de 2.023 teniendo por objeto: "**APOYAR JURÍDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACIÓN DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS QUE CURSAN EN LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE.**"

2. El plazo de ejecución del mencionado contrato de prestación de servicios **No. 281 de 2023**, se estableció en **NUEVE (09) MESES**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, de fecha 09 de febrero de 2023.

3. El acta de inicio del **Contrato de Prestación de Servicios No. 281 de 2023,** fue suscrita el día veintitrés (23) de marzo de dos mil veintitrés (2023), según consta en documento publicado en la plataforma del SECOP II, por lo que inicialmente la fecha de vencimiento del plazo contractual se calculó para el día veintidós (22) de diciembre de dos mil veintitrés (2.023)

4. De conformidad con la documentación obrante en el expediente físico del contrato y en el contrato electrónico en la plataforma del SECOP II, durante lo corrido de su ejecución el **Contrato de Prestación de Servicios No. 281 de 2023, NO** ha sido objeto de modificaciones.

5. El señora **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** el día 30 del mes de mayo de 2023, presentó solicitud de cesión del contrato No. 281 de 2023 indicando: *"(...) de manera atenta*

**CESION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 281-2023 SUSCRITO ENTRE EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE Y JUAN DAVID BEDOYA SILVA**

*solicito la cesión del Contrato No.281-2023 cuyo objeto es "apoyar al Alcalde Local en la formulación, seguimiento e implementación de la estrategia local . para la, terminación jurídica de las actuaciones administrativas que cursan en la Alcaldía Local" a partir del 31 de mayo de 2023 ..."*con número de radicado 2023-681-006077-2

6. El señor **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** a través del radicado No. **20236810070472** dió alcance al radicado No. **2023681006077-2** solicitando tener en cuenta la cesión a partir del día 20 de junio de 2.023.

7. El inciso tercero del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, establece que los contratos estatales son intuito persona y, en consecuencia, una vez celebrados no podrán cederse sin previa autorización escrita de la Entidad contratante.

8. En virtud de la solicitud allegada por la profesional **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** el presente contrato es objeto de cesión a la señora **ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ** para lo cual el Alcalde Local de Rafael Uribe Uribe, avaló la idoneidad y experiencia del **CESIONARIO**, por lo cual se encuentra en capacidad de cumplir y ejecutar las actividades del **contrato de prestación de servicios No. 281-2023**, de modo que se autoriza la cesión.

Vistas las anteriores consideraciones, la presente cesión, se regirá por las siguientes:

**CLAUSULAS**

**PRIMERA: CEDER** en el estado en que se encuentra al **CESIONARIO**, los derechos y obligaciones pactadas en el Contrato de prestación de servicios No. **281 de 2023** celebrado con **EL FONDO**, cuyo objeto es: "**APOYAR JURÍDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACIÓN DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS QUE CURSAN EN LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE.**" a partir del día veinte (20) del mes de junio de 2023.

**SEGUNDA: ACEPTACION DEL CESIONARIO. — EL CESIONARIO**, acepta la cesión a partir de la suscripción del presente documento, suscripción que se realizara por las partes a través de la plataforma SECOP II, motivo por el cual declara conocer en su totalidad las estipulaciones del **CPS No. 281 de 2023**, el estado de las obligaciones y derechos que a la firma de este documento existen para las partes y que subroga a **EL CEDENTE** en todos sus derechos y obligaciones ante **EL FONDO**. Igualmente, manifiesta que renuncia a ejercer cualquier reclamación por desequilibrio contractual diferente a situaciones o circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito que se presenten dentro de la ejecución del **CPS No. 281 de 2023**

**CESION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 281-2023 SUSCRITO ENTRE EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE Y JUAN DAVID BEDOYA SILVA**

**TERCERA: ACEPTACION DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE— EL FONDO** con la suscripción a través de la plataforma **SECOP II** imparte aprobación a la cesión del contrato de prestación de servicios **No. 281** de **2023**, realizada entre **EL CEDENTE Y EL CESIONARIO.**

**CUARTA: GARANTIA UNICA. – EL CESIONARIO** se obliga de conformidad a lo establecido en la Ley 80 de 1993 y en el artículo 7 de la ley 1150 de 2007, y decreto 1082 de 2015, a constituir a favor de **EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE NIT 899.999.061-9**, cualquiera de las siguientes garantías: un contrato de seguro contenido en una póliza, Patrimonio autónomo, Garantía Bancaria, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del contrato, la cual deberá amparar: A) Cumplimiento del Contrato: Por un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y con una vigencia igual al plazo del contrato y seis (6) meses más, contados a partir de la suscripción del contrato. Este amparo cubre a la Entidad Estatal de los perjuicios derivados de: (a) el incumplimiento total o parcial del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (b) el cumplimiento tardío o defectuoso del contrato, cuando el incumplimiento es imputable al contratista; (c) los daños imputables al contratista por entregas parciales de la obra, cuando el contrato no prevé entregas parciales; y (d) el pago del valor de las multas y de la cláusula penal pecuniaria. B) Calidad del servicio: Por un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato y con una vigencia igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más, contados a partir de la suscripción del contrato. Este amparo cubre a la Entidad Estatal por los perjuicios derivados de la deficiente calidad del servicio prestado. **PARÁGRAFO PRIMERO**: En caso de que el presente contrato se adicione, prorrogue, suspenda o cualquier otro evento que fuere necesario **EL CONTRATISTA** se obliga a modificar las garantías, las cuales deberán someterse a la debida aprobación por parte de **EL FONDO**. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: El mecanismo de cobertura elegido por EL CONTRATISTA y que refiere esta cláusula, deberá cargarse a la plataforma **SECOP II,** en un plazo máximo de tres días posteriores a la suscripción del contrato.

**QUINTA: GASTOS**. Los gastos ocasionados con la suscripción, legalización y ejecución de la presente cesión correrán por cuenta del **CESIONARIO**.

**SEXTA: PERFECCIONAMIENTO**. Este documento se entiende perfeccionado con la firma de las partes, a través de la plataforma **SECOP II,** así las cosas, la relación contractual entre **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** y el **FONDO** se termina el día veinte (20) de junio de 2.023. La cesión del presente contrato de **JUAN DAVID BEDOYA SILVA** y **ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ** empezará a partir del día veintiuno (21) de junio de dos mil veintitrés (2023). Para constancia se firma por las partes a través de la plataforma SECOP II.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ Identificado con CC 52375848

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PLAZA DE BOLIVAR, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24093452476 |
| **Fecha de apertura:** | 10 de Abril de 2019 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 29 de Mayo de 2023.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA

21

BOGOTÁ
Secretaría Distrital de Gobierno

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Gobierno

**FORMULARIO DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

**IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:**

**Nombres:** ALBA ROCIO

**Apellidos:** CANTOR SUAREZ

**Documento de identidad:** C.C N° 52.375.848

**Celular:** 3134485616

**Número y contacto en caso de emergencia:** YENNY ELIA CANTOR 3143843817

**Correo electrónico:** abogada.arcantor@gmail.com

Se *debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales, su condición desalud actual y pasada, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.*

| | PREGUNTA | Si | No |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Refiere algún tipo de comorbilidad o enfermedad de base? | | X |
| 3 | ¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su periodo menstrual? | | X |
| 4 | ¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta? | | X |
| 5 | ¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardiaco, angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames? | | X |
| 6 | ¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar alta en la sangre? | | X |
| 7 | ¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis? | | X |
| 8 | ¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura? | | X |
| 9 | ¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos? | | X |
| 10 | ¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, otro? | | X |
| 11 | ¿Sufre o ha sufrido cáncer? | | X |
| 12 | ¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, otra? | | X |
| 14 | ¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares? | | X |
| 16 | ¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente? | | X |
| 17 | ¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto? | | X |
| 18 | ¿Algún familiar cercano (padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación? | | X |
| 19 | ¿Cuál es su peso? | 70 | |
| 20 | ¿Cuál es su estatura? | 1.67 | |
| | **OTROS EVENTOS Y HABITOS** | | |
| 1 | ¿Se le ha reconocido por EPS o ALR alguna enfermedad Laboral? | | X |
| | Describa: | | |
| 3 | ¿Ha sufrido algún accidente laboral? | | X |
| | Describa: | | |
| 4 | ¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses) | | X |
| 5 | ¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)? | | X |
| 7 | ¿Sufre de alguna discapacidad Física y o mental? | | X |
| | Describa: | | |

**Firma del Contratista:**

**Fecha:** 01/08/2023

23

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Código: GCO-GCI-F137
Versión: 03
Vigencia: 07 de febrero de 2022
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 Nº 281-2023 del 23 de MARZO 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).

Para acreditar el cumplimiento de requisitos exigidos para las personas dependientes de cada persona

FECHA DE SOLICITUD | DÍA: 31 | MES: 7 | AÑO: 2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | CÉDULA Nº | UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ | 52375848 | CALLE 32 SUR No 23-62 | 3134485616 |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD | INGRESOS DEL DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| ESTEBAN HERNANDEZ CANTOR | HIJO | 17 AÑOS | 0 |
| EMMANUEL HERNANDEZ CANTOR | HIJO | 6 AÑOS | 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 esta financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por
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 o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos
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

[ ] Los padres y los hermanos que no tengan ingresos o que tengan ingresos inferiores a 260 UVT
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 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 puesto 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 requeridos en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambios en la información deberá allegarlo nuevamente
FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.019.147.294

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56784745

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SUBA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HERNANDEZ | CANTOR |

Nombre(s)

EMMANUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes MAR Día 07 | MASCULINO | O | NEGATIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14036808-8 |

**Datos de madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con fines matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CANTOR SUAREZ ALBA ROCIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 52.375.848 | COLOMBIA |

**Datos de padre o madre** (Para casos de pueblos indígenas con fines matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GARCIA FREDY HERNAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 79.789.169 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GARCIA FREDY HERNAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 79.789.169 | |

**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 | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2017 Mes MAR Día 21 | GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ - REG<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

21.MAR.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 133 FOLIO 222. CAROF.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FECHA 21 MAR. 2017

COPIA AUTENTICA TOMADA DEL ORIGINAL PARA DEMOSTRAR PARENTESCO
ART. 115 DEC. 1260/70 Y ART. 1 DEC.278/72
ART. 13 LEY 1581 DE 2012
ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO
ART.2 DEL DEC.2180/83

GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL SUBA-MIZA

Powered by CamScanner

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

NUIP 1011089412

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39990786

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 38 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HERNANDEZ | CANTOR |

Nombre(s)

ESTEBAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2005 Mes NOV Día 12 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. BOSQUE | A 6739260 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

CANTOR SUAREZ ALBA ROCIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 52.375.848 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GARCIA FREDY HERNAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 79.789.169 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GARCIA FREDY HERNAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No 79.789.169 | |

**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)

**Fecha de inscripción**

Año 2005 Mes NOV Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ELAB. LINA AVILA
ENMENDADO 17 SI "VALE"
L. V. 143 FOLIO 51

DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
REGISTRO CIVIL
17 NOV 2005

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

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 ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ 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 21 de junio de 2023 al 31 de julio de 2023.

| | |
|---|---|
| Contrato: | No. 281 de 2023 |
| Tipo de Contrato: | Contrato de prestación de servicios |
| Contratista cedente: | JUAN DAVID BEDOYA SILVA |
| Cédula o NIT: | C.C. No. 80.190.832 Bogotá |
| Contratista: | ALBA ROCIO CANTOR SUAREZ |
| Cédula o NIT | C.C. No. 52.375.848 Bogotá |

Objeto: "EL CONTRATISTA SE OBLIGA APOYAR JURIDICAMENTE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA LA DEPURACION 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 de 2023 |
| Fecha de terminación: | 22 de diciembre de 2023 |
| Prórroga(s) | |
| Valor inicial pactado: | $48.600.000 |
| Valor adicional: | |
| Valor por pagar: | $ 7.200.000 COP (No. de pago: 1 Y 2 de la cesión) |
| Numero de PIN: | No de planilla de Seguridad Social 68577580 – 69382193 – 69545763 - 69545844 |
| Periodo cotizado. | Mes de Junio y Julio 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 al primer (1) día del mes de agosto de dos mil veintitrés (2023)

Interventor o Supervisor,

**Marlene Alcira Meléndez Pérez**
C.C. No 41628612 de Bogotá
Coordinadora Área Gestión Policiva

**Eduard Humberto Quintana Arellano**
C.C. No. 1.031.164.535 de Bogotá
Alcalde Local de Rafael Uribe Uribe