

Bogotá D.C., 02 de enero de 2024

Doctor

EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO

ALCALDE LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Calle 32 Sur No. 23 - 62

Ciudad

Asunto: **04 Pago de cesión – CPS N° 338– 2023**

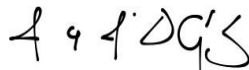
Respetado Doctor:

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios N° 338 de 2023, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: el 1 de diciembre hasta el 31 de diciembre del 2023

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

Agradezco su amable atención y colaboración.



GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ

CC N°1031133403

Dirección de residencia: Dg 43 A Sur No.26-51

Celular personal:3015849278

Correo electrónico personal: gtatisgr@gmail.com

Fecha de nacimiento: 30/07/1991

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME DE ACTIVIDADES No 04 PAGO DE CESION PERÍODO: <u>1 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2023</u>	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</u>
No. CONTRATO Y FECHA	CPS - 338 -2023 del 13 de septiembre de 2023
NOMBRE DEL CEDENTE	<u>JORGE ALEXIS ORTIZ AVILA</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC 7317510
NOMBRE DEL CESIONARIO	<u>GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031133403
PLAZO DE EJECUCIÓN	<u>5 MESES Y 15 DIAS</u>
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	<u>\$29.700.000</u>
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	<u>\$ 5.400.000</u>
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	<u>02-30-11-60-55-7000000-1697</u>
FECHA ACTA DE INICIO	<u>13 DE SEPTIEMBRE 2023</u>
PRÓRROGA ¹	<u>NO APLICA</u>
ADICIÓN	<u>NO APLICA</u>
SUSPENSIÓN	<u>NO APLICA</u>
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	<u>25 DE FEBRERO 2024</u>
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR A LA ADMINISTRACIÓN EN LA FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA ALCALDÍA LOCAL

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

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>1. Apoyar a la Alcaldía Local en lo relacionado con la formulación de estudios previos, anexos técnicos, matrices de riesgos y demás documentos precontractuales para adelantar los procesos asociados al decuado funcionamiento de la red, los recursos tecnológicos de la entidad y los licenciamientos de la Alcaldía Local</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios previos para compras de datalogger para espacios de almacenamiento documental Se Adelanto consulta a la empresa PROSOIND SAS referente al datalogger Elaboración de memorando *20236820023033* para aclarar la necesidad de los equipos de medición de condiciones ambientales Según respuesta con memorando *20234220414363* se envió correo electrónico a contratación para poder continuar con el proceso Asitencia a reunión Formulación Plan Anual de Adquisiciones - PAA y Programación Anual de Caja - PAC 2024 Funcionamiento 		<p> https://gobiernobogota-my.sharepoint.com/:w/g/personal/gina_guzman_gobiernobogota_gov_co/EUCdkhkJcVxIkEOBFU7PtxABm9LyqWCd6F9GZhANYCHQpQ?e=3fcys3 https://gobiernobogota-my.sharepoint.com/:b/g/personal/gina_guzman_gobiernobogota_gov_co/EQXPbOYrNmtNu7WXGbo8W2IBySUEVvhhrWRbfeCRxmfgvA?e=rDBC1j https://gobiernobogota-my.sharepoint.com/:b/g/personal/gina_guzman_gobiernobogota_gov_co/ES7VYHCr07hLi_g9hMDQkhsB3QrwBW07JC4wQERfEsSixA?e=bLvgTg </p> 
<p>3.Adelantar las actividades requeridas de coordinación institucional, apoyo logístico y administrativo a ciudadanos, entidades y servidores públicos, por medio de las plataformas electrónicas existentes conforme a las solicitudes recibidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar video con ayuda de prensa referente a la solicitud de paz y salvo definitivo de manera virtual Envío de presentación para poder implementar la solicitud de Paz y Salvo definitivo de manera virtual con el fin de impulsar el aprovechamiento de las herramientas informáticas, mejorar tiempos y una mejor experiencia a las personas que terminan el vínculo con la entidad 		<p>  </p> <p> Cardinal salido. Con el fin de impulsar el aprovechamiento de las herramientas informáticas, mejorar tiempos y una mejor experiencia a las persona que terminan el vínculo con la entidad, a partir de la fecha se realizara la solicitud de Paz y Salvo definitivo de manera virtual. Remito información adjunta para su conocimiento y fines pertinentes. </p>
<p>6. Responder a los requerimientos que por competencia le sean asignados, adelantando el trámite requerido para que el peticionario reciba la respuesta en oportunidad y con la calidad esperada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se solicitará expedición presupuestal por medio de memorando (DATALOGGER) Requerimiento por medio de correo electrónico de documentos para ser cargados a SIPSE (DATALOGGER) Se realizará procedimiento de documentos con presupuesto para que generaran el CDP (DATALOGGER) 		

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
9. Las demás que le asigne el alcalde Local y que surjan de la naturaleza del contrato.	<ul style="list-style-type: none"> Asistir a capacitación "CULTURA DEL AGUA" Participación en capacitación de seguridad vial Participación actividad ambiental del viernes 15 de diciembre, desde la Alcaldía Local hasta la Imprenta Distrital 		  
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
	FAMISANAR	POSITIVA	COLFONDOS
FIRMAS			
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que será responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		CONTRATISTA	
		Firma: 	
		Nombre: GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ Cédula: 1031133403	
		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
		Nombre: Eduard Humberto Quintana Arellano Cargo: Alcalde local de Rafael Uribe Uribe	
		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
		Nombre: Cargo: Firma:	

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	288252557	9459068536	I	2023/12/04	2023/11/20	BANCOLOMBIA	0	\$670,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AEP (ADMINISTRADORAS- 1)				1	\$345.600	\$0	\$0	\$345.600

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA



Pagos aportes en línea

Resumen del pago



La transacción fue **APROBADA** por su entidad financiera.

Detalle de la transacción:

Comercio:	Aportes en línea
NIT:	9999001472382
Clave de planilla:	9459068536
Período de pago:	2023-11
Fecha de la transacción:	2023/11/20
Valor:	670,100
Banco:	BANCOLOMBIA
Dirección IP:	192.168.112.162
Código único de seguimiento (CUS):	288252557

Bogotá D.C **2 DE ENERO 2024**

Cuenta de Cobro No 04 PAGO DE CESION

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

DEBE A:

GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ
C.C.1031133403

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.338 del 2023 durante el periodo comprendido entre el **1** al **31** del mes **DICIEMBRE** de 2023.

Código actividad económica principal RUT: 8211

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:

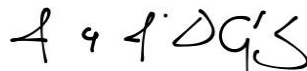
Mes de aporte: **NOVIEMBRE**

Numero de planilla: **9459068536**

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 11,300
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	FAMISANAR	\$ 270,000
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	COLFONDOS	\$ 345.600

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 56722615323 del Banco BANCOLOMBIA

Atentamente,



GINA TATIANA GUZMÁN RODRÍGUEZ
C.C. 1031133403 DE BOGOTÁ
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: DG 43ª SUR 26 -51
CELULAR PERSONAL: 3015849278
Correo electrónico personal: gtatisgr@gmail.com

Numero de Contrato 338 de 2023

Yo, **GINA TATIANA GUZMÁN RODRÍGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1031133403 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	

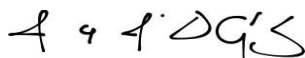
Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 “Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente” y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, 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) (<u>Anexar soporte de pago de aporte mensual</u>)		X
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (diferentes a los obligatorios - <u>Anexar soporte de pago de aporte mensual</u>)		X
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: 2022 - (<u>Anexar certificación en la primera cuenta</u>)		X
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2022 (<u>Anexar certificación en la primera cuenta</u>)		X
Certifiqué 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) de Diciembre del 2023.

Firma:



Nombre: Gina Tatiana Guzmán Rodríguez

C.C: 1031133403

Dirección de correspondencia: Dg 43ª sur 26 51

Teléfono de contacto: 3015849278

Correo Institucional: gina.guzman@gobiernobogota.gov.co

correo personal: gtatisgr@gmail.com

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 338 de 13/09/2023, que suscribí con la ALCALDIA RAFAEL URIBE URIBE, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD 31 MES diciembre AÑO 2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA
GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ

CÉDULA N°
1031133403

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)
ALCALDIA RAFAEL URIBE URIBE

TELÉFONO
3015849278

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

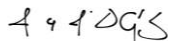
NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
EMMA QUIROGA GUZMAN	HIJA	6 AÑOS	NINGUNO
ENZO QUIROGA GUZMAN	HIJO	3 AÑOS	NINGUNO

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

☒	Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
☐	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información: * Nombre del estudiante * Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
☐	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos Requisito: * Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
☐	El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. Requisito: * Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito. * Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito * Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos
☐	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. Requisito: * Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador * Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco * Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE MÍ



FIRMA DEL CONTRATISTA