FECHA 1 de abril de 2024

LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA
CALLE 40 B # 9-106
3224711294
visitasluisdiaz1129@gmail.com

CUENTA DE COBRO No. 1

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE MARTIRES

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA

CEDULA DE CIUDADANIA No. 79.594.217

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

LA SUMA DE **$ 1.729.800**

SON : UN MILLON SETECIENTOS VEINTE Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS

Por concepto de :

HONORARIOS GENERADOS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES 024-20242024, GESTION QUE SE LLEVO A CABO ENTRE EL

13 de marzo de 2024 Y EL 31 de marzo de 2024

Fecha inicio de la suspensión: 00/01/1900
Fecha fin de la suspensión:(reinicio) 00/01/1900

CIIU:(ACTIVIDAD RUT) 8299

Yo: LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA, Identificado como aparece al pie de mi firma, CERTIFICO QUE:

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

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

Favor consignar a la cuenta de

AHORROS	475570042899
BANCO	BANCO DAVIVIENDA



FIRMA CONTRATISTA _____

C.C. 79594217

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1

Alcaldía Local de los Martires
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: **13 de marzo de 2024** **AL** **31 de marzo de 2024**

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**024-2024-2024 1 de marzo de 2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 79594217
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 **MES(ES)** # DE DIAS **DIAS**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	11.532.000,00
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	1.729.800,00
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	023011605570000002099.
FECHA ACTA DE INICIO	**13 de marzo de 2024**
PRÓRROGA	«PLAZO DE LA PRORROGA»
ADICIÓN	«VALOR DE LA ADICIÓN»
SUSPENSIÓN	«FECHAS Y PLAZO DE SUSPENSIÓN»
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**12 de julio de 2024**

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTO	MEDIO DE VERIFICACION
1	Acompañar losprocesosdemovilización ciudadana, monitoreo a disturbios, operativos de seguridad así como también los de Inspección Vigilancia y Control adelantadas por la	Se realiza acompañamiento a los procesos de movilización ciudadana, monitoreo a disturbios, operativos de seguridad así como también los de Inspección Vigilancia y Control.	En las actividades de inspección vigilancia y control, se realizan recomendaciones y conclusiones con el fin de mejorar la eficacia de las actividades a futuro.	Evidencias Obligación 1
2	2.Identificar yanalizar riesgos quepuedan afectar la convivencia y seguridad	**El día 13, 14 y 18 de marzo del 2024, dando cumplimiento a la**	**Como soporte documental se anexa el acta de fecha 13, 14 y 18 de marzo del 2024 firmada por cada**	Evidencias Obligación 2
3	3.Realizar reconocimiento en campo del territorio asignado, identificando las problemáticas en seguridad y convivencia, espacio público, medio ambienteygestiónde riesgoenarasde gestionar y hacer seguimiento a la sostenibilidad de la recuperación de espacio público en la Localidad.	**Realice el reconocimiento en campo para identificar las problemáticas generales y gestión de las mismas.**	**Se propone como abordar y gestionar la recuperación del espacio público en la localidad, garantizando los derechos de la ciudadanía.**	Evidencias Obligación 3
4	Brindar apoyo logísticoenoperativosde levantamiento de cambuches, poda o semejante en el territorio de la localidadde losmártires, así comoen las actividades propias de la entidad.	**Blinde apoyo logístico en operativos**	**Se identifica los cambuches de la localidad para posterior mente realizar el IVC de levantamiento de los mismos .**	Evidencias Obligación 4
5	Entregarreportesdeformasemanal,delas situaciones encontradas y las gestiones realizadas en cada uno de los territorios asignados, en relación con el espacio público recuperado, los	Se entrega el reporte semanal de las gestiones y actividades realizadas, como la recuperación de espacio público y sensibilización ciudadana.	**Se gestiona la recuperación del espacio público en la respectiva localidad, garantizando los derechos de la ciudadania.**	Evidencias Obligación 5
6	Realizar campañas de sensibilización a las juntas de acción comunal, colegios y	**Se realiza campaña de sensiblización**	**Se dan recomendantes a los comerciante y propietarios de establecimiento de comercio, para que reúnan la documentación requería de la normativa ley 1801.**	Evidencias Obligación 6

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: 13 de marzo de 2024 **AL** 31 de marzo de 2024

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**024-2024-2024 1 de marzo de 2024**

7	Dar acompañamiento y sensibilización en las zonas donde existen ventas informales, actividades	**Se realiza campaña de sensiblización**	**Se dan recomendantes a los vendedores informales, para que reúnan la documentación requería de la normativa ley 1801.**	Evidencias Obligación 7
8	Orientar a la ciudadanía frente a los procedimientos de recuperación del	**El día 19 y 20 de marzo del 2024, dando cumplimiento a la**	**Como soporte documental se anexa el acta de fecha 19 y 20 de marzo del 2024 firmada por cada**	Evidencias Obligación 8
9	Asistir a los encuentros comunitarios y/o reuniones en general a las que sea citado o designado, para la	**Asistir a las capacitaciones que fui citado, para los asuntos relacionados con el objeto contractual.**	**Reunión del 15 de marzo 2024, capacitación: capacitación código de convivencia y seguridad ciudadana, capacitación del aplicativo para el IVC, con forme a los lineamientos de la dirección para la gestión administrativa especial policía dependiente de la secretaría de**	Evidencias Obligación 9
10	Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el	cumplimiento a la programación, se	**Como soporte documental se anexa el acta de fecha 26 de marzo del 2024 firmada por cada uno de los asistentes en la actividad con las respectivas evidencias fotográficas.**	Evidencias Obligación 10

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

CONTRATISTA	
Nombre:	**LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA**
Cargo:	**CONTRATISTA**
Firma:	

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.

SUPERVISOR/INTERVENTOR	
Nombre:	**JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN**
Cargo:	**ALCALDE LOCAL**
Firma:	
APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
Nombre:	**JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO**
Cargo:	**APOYO A LA SUPERVISION**
Firma:	

ALCALDÍA LOCAL DE MARTIRES
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 1 — PARCIAL X — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2023-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL DD MM AA: 13 de marzo de 2024 — **Y EL** DD MM AA: 31 de marzo de 2024

CLASE DE CONTRATO		No.	VIGENCIA
	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	024-2024	2024

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA			C.C. No.	79.594.217
DIRECCIÓN:	CALLE 40 B # 9-106	TELEFONO	3224711294	CORREO ELECTRONICO	visitasluisdiaz1129@gmail.com

CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)	INFORMACION BANCARIA		
	ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	475570042899

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

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

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:
0

FORMA DE PAGO

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLM
VALOR INICIAL		11.532.000
ADICIONES		
VALOR ADICION 1		
VALOR ADICION 2		
VALOR ADICION 3		
VALOR ADICION 4		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FDLPA)	-	11.532.000

11.532.000

FECHAS		EJECUCION EN	MES (ES)	DIAS
FECHA DE INICIO	13/03/2024	PLAZO INICIAL	(INGRESE # DE MESES)	# DE DIAS
TERMINACION INICIAL	12/07/2024			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 1		
FECHA PRORROGA 2	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 2		
FECHA PRORROGA 3	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 3		
FECHA PRORROGA 4	N/A	No.DIAS O MESES PRORROGA 4		
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O	12/07/2024	TOTAL EN MESES y/o DIAS	#¡VALOR!	#¡VALOR!

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

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL	APOYO A LA SUPERVISION		VINCULACION		NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION
		JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO		PLANTA	0

4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGÚN PLANILLA OPERADOR)	2.000.000	Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART.23 LEY 1150/2007.RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)
	OK BASE CORRECTA	
VALOR APORTE A SALUD	250.000	
VALOR APORTE A PENSIÓN SI	320.000	
VALOR APORTE A R L	10.500	
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	580.500	

5. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS Y CONTABLES PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	11.532.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	-
SALDO POR EJECUTAR	11.532.000
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	1.729.800
IVA	-
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	1.729.800
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	1.729.800
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	1.729.800

INFORMACION PRESUPUESTAL

No. REGISTRO PPTAL	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR REGISTRO PPTAL	GIROS DETALLE GIROS: ACUMULADO ANTERIOR	VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE	ACUMULADO GIROS	SALDO REGISTRO PPTAL
	02301160557000000209.	11.532.000	-	1.729.800	1.729.800	9.802.200
	0		-		-	-
	0		-		-	-
	0		-		-	-
	0				-	-
	0				-	-
	TOTALES	11.532.000	-	1.729.800	1.729.800	9.802.200
				OK	OK	OK

SON: (Valor en letras): UN MILLON SETECIENTOS VEINTE Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	0%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	15%

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

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	1/04/2024	1er recibo parcial	1.729.800
2		2do recibo parcial	
3		3er recibo parcial	
4		4to recibo parcial	
5		5to recibo parcial	
6		6to recibo parcial	
7		7mo recibo parcial	
8		8vo recibo parcial	
9		9no recibo parcial	
10		10mo recibo parcial	
11		11mo recibo parcial	
12		12mo recibo parcial	
13		13ro recibo parcial	
14		14to recibo parcial	
15		15to recibo parcial	
16		16to recibo parcial	
17		17mo recibo parcial	
18		18vo recibo parcial	
24		24to recibo parcial	
		TOTAL EJECUTADO	1.729.800

NUEVO SALDO POR EJECUTAR	9.802.200

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	9.802.200
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	9.802.200 OK

EXPLIQUE RAZÓN DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	15%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	15%

A los 1 de abril de 2024 JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago UNO (1) en cumplimiento de la Cláusula SEXTA del contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES 024-2024 de 2024, dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: (DIGITE EL # DE PIN 1) / **PERIODO COTIZADO** MES (ES) AÑO 0

JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 10.047.381.845 de CARTAGENA
C.C. de

Vo.BO. AUTORIZA GIRO
JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN
ALCALDE LOCAL
C.C 1.026.560.118 de Bogotá

Versión 2023-1

Solicitud de credenciales, Luis He | WhatsApp | Editar | 3. Minuta CTO No. FDLM-CPS-AC

mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#sent/KtbxLthNVMRZwbNqPgBkPkZdBSWWfbrSPg

Gmail

in:sent

Redactar

- Destacados
- Pospuestos
- **Borradores** 23
- Menos
- Importantes
- Chats
- **Enviados**
- Programados
- Todos
- **Spam** 161
- Papelera
- **Categorías**
- Administrar etiquetas
- Crear etiqueta nueva

Etiquetas

1 de 1,449

Solicitud de credenciales, Luis Helberto Diaz Guevara, contrato # 024-2024

Luis Diaz <visitasluisdiaz1129@gmail.com> 5:32p.m. (hace 0 minutos)

para alcalde.martires

Buenas tardes, adjunto los documentos para la solicitud del correo institucional Orfeo e Intranec.

Agradezco la atención prestada.

4 archivos adjuntos • Analizado por Gmail





3. Minuta CTO No...



CREACION DE US...



1. ACTA DE INICI...

Responder Reenviar

ES 05:33 p.m. 02/04/2024

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

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

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL	13 de marzo de 2024	Y EL	31 de marzo de 2024

Contrato: No. 24-20: de 2024
Tipo de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Contratista: LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA
Cèdula o NIT: 79.594.217

Objeto: 0

Plazo del Contrato: (INGRESE # MES (ES) DIAS
Fecha Iniciación: 13/03/2024
Fecha de Terminación: 12/07/2024
Prórroga(s): N/A
N/A
N/A
N/A

Valor Inicial Pactado: 11.532.000

Valor Adicional: 0

Valor a Pagar: 1.729.800 **No.Pago** 1
Suspensión(inicio/fin)
Número de PIN: (DIGITE EL # DE PIN 1) /
Periodo Cotizado. Mes / año 0

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma a 1 de abril de 2024

Interventor o Supervisor,

JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO
CC. No. 10047381845 de CARTAGENA

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

Bogotá D. C.,

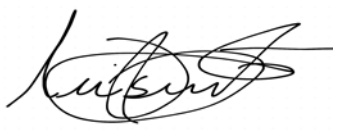
Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE MARTIRES

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

Yo, LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79594217, 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						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el _01_ de ABRIL de 2024.



_____
Firma:
Nombre: LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA
C.C: 79594217
Dirección de Residencia: Calle 40 B # 9-106
Teléfono de contacto: 3224711294
Correo electrónico institucional: N/R
Correo electrónico de notificación: visitasluisdiaz1129@gmail.com

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

ARTICULOS 330 Y 383 E.T

Yo, LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA, identificada con cédula de ciudadanía 79594217 expedida en la ciudad de BOGOTÁ D.C. , manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO **(X)** he contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta, por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos.

De acuerdo con los requisitos y topes establecidos por la DIAN, SI **( )** NO **(X)** soy declarante de renta por el **año gravable 2023**.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No **CPS 024 del año 2024.**

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

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 para cada concepto con una X según corresponda):

CONCEPTO	SI	NO
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas		**X**
Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)*		**X**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		**X**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda del Empleado) valor pagado año: **2023** (*ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		**X**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2023** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		**X**
Certificó que tengo dependientes, de acuerdo a 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, de lo cual adjunte, en su momento el Formato y los soportes, que a la fecha no presenta novedad.	**x**	

Se expide y firma a los 01 días de Abril de 2024.



Firma: _____
Nombre LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA
C.C: 79594217
Dirección laboral: Calle 19 No 28-80 Piso 6 Mallplaza
Teléfono laboral: 3759535 o 3224711294
Correo electrónico institucional: N/R

Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.

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° 024-**2024** de FECHA 13 de Marzo de 2024, que suscribí con la FONDO DESARROLLO LOCAL MARTIRES, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	1	MES	4	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
LUIS HELBERTO DIAZ GUEVARA	79594217	AREA DE GESTION JURIDICA Y POLICIVA	3224711294

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
LUIS SANTIAGO DIAZ PRADA	HIJO	14	$ 0

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

X	Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.
Requisito:	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisito: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

* Nombre del estudiante
* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisito:

* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal

El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

* Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

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



FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO:_ Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

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

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141329607

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50259179

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 68 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: DIAZ | Segundo Apellido: PRADA

Nombre(s): LUIS SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes NOV Día 29 | Sexo (en letras): Masculino | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: Negativo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 52234682-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PRADA SANTA GLORIA AMPARO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NRO.52.784.689 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DIAZ GUEVARA LUIS HELBERTO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 79.594.217 | Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DIAZ GUEVARA LUIS HELBERTO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 79.594.217 | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): | Firma

Fecha de Inscripción: Año 2010 Mes AGO Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

RECIBIDA E.N. NIT. 899.999.054-1 10/09/2011

TIPO COPIA: SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO - NOTARIA 68 BOGOTA D.C.

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTA D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 26 ABR 2017 **, CON VALIDEZ PERMANENTE**

EL NOTARIO

JORGE HERNANDO RICO GRILLO
NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

JORGE HERNANDO RICO G. Notaría Sesenta y Ocho

Powered by CamScanner