FECHA 1 de abril de 2024

LEONEL VARGAS CAMARGO
CALLE 2C No. 25 A - 61
3123094162
leovargas462@gmail.com

CUENTA DE COBRO No. **1**

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE MARTIRES

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

LEONEL VARGAS CAMARGO

CEDULA DE CIUDADANIA No. 19.392.832

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

LA SUMA DE **$ 1.249.300**

SON : UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS

Por concepto de :

HONORARIOS GENERADOS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES 302023, GESTION QUE SE LLEVO A CABO ENTRE EL

18 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: LEONEL VARGAS CAMARGO, 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	0550488435043952
BANCO	BANCO DAVIVIENDA



FIRMA CONTRATISTA _____

C.C. 19392832

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1		
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS		
PERÍODO:	**18 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	**30-2023** **13 de marzo de 2024**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEONEL VARGAS CAMARGO	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 19392832	
PLAZO DE EJECUCION	4 **MES(ES)** 120 **DIAS**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	11.532.000,00	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	1.249.300,00	
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011605570000002099	
FECHA ACTA DE INICIO	**18 de marzo de 2024**	
PRÓRROGA	«PLAZO DE LA PRORROGA»	
ADICIÓN	«VALOR DE LA ADICION»	
SUSPENSIÓN	«FECHAS Y PLAZO DE SUSPENSIÓN»	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**17 de julio de 2024**	
OBJETO DEL CONTRATO)	PRESTAR SERVICIOS A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MÁRTIRES	

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTO	MEDIO DE VERIFICACION
1	Acompañar los procesos de movilización ciudadana, monitoreo a disturbios, operativos de seguridad así como también los de Inspección Vigilancia y Control adelantadas por la Alcaldía Local de Los Mártires, actividades interinstitucionales, atención de emergencias, eventos masivos o de alta complejidad que constituyan un riesgo para la seguridad y convivencia ciudadana en la localidad.	El dia 07 de marzo del 2024, se realizo un acompañamiento a la diligencia de entrega del inmueble apartamento 401 ubicado en la calle 22 Nro 14-33, segun lo establecido por el Juzgado 42 de pequeñas causas y competencias multiples de Bogota.	Como soporte documental se anexa acta firmada por las partes intervinietes	Evidencias Obligación 1 07.03 DILIGENCIA ENTREGA DESPACHO COMISORIO
2	Identificar y analizar riesgos que puedan afectar la convivencia y seguridad ciudadana, el espacio público, medio ambiente y prevención del riesgo en el territorio de la localidad.	El dia 11 de marzo del 2024, se realizó un IVC en la Calle 5 A Nro 28 A - 51 Hogar gerontologico Abuelitos de Alejo en acompañamiento con la Secretaria de Salud verificando su funcionamiento y los documentos establecidos normativamente.	Como soporte documental se realizó acta con fecha 11 de marzo del 2023, anexando de igual forma el soporte fotografico.	Evidencias Obligación 2 11.03 IVC HOGAR GERONTOLOGICO
3	Realizar reconocimiento en campo del territorio asignado, identificando las problemáticas en seguridad y convivencia, espacio público, medio ambiente y gestión del riesgo en aras de gestionar y hacer seguimiento a la sostenibilidad de la recuperación de espacio público en la Localidad.	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 3 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
4	Brindar apoyo logístico en operativos de levantamiento de cambuches, poda o semejante en el territorio de la localidad de los mártires, así como en las actividades propias de la entidad.	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 4 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
5	Entregar reportes de forma semanal, de las situaciones encontradas y las gestiones realizadas en cada uno de los territorios asignados, en relación con el espacio público recuperado, los riesgos prevenidos y las sensibilizaciones de seguridad efectuadas	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 5 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
6	Realizar campañas de sensibilización a las juntas de acción comunal, colegios y comunidad en general en temas de convivencia ciudadana, gestión del riesgo, gestión climática, ambiental y recuperación del espacio público	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 6 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
7	Dar acompañamiento y sensibilización en las zonas donde existen ventas informales, actividades interinstitucionales, con el fin de garantizar la sana convivencia y evitar las aglomeraciones en el espacio público de las zonas residenciales y comerciales de la localidad, ferias y eventos de temporada.	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 7 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
8	Orientar a la ciudadanía frente a los procedimientos de recuperación del espacio público, gestión del riesgo, gestión climática y ambiental, así como en temas de convivencia ciudadana.	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 8 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
9	Asistir a los encuentros comunitarios y/o reuniones en general a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 9 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.
10	Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Para el presente periodo no se realizo ninguna actividad alineada al cumplimiento de la obligacion especifica	Para el presente periodo no se genero ningun soporte documental alineada al cumplimiento de la obligacion especifica.	Evidencia 10 Acta No hay soporte documental en el presente periodo.

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1			
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS			
PERÍODO:	**18 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	**30-2023**	**13 de marzo de 2024**	
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**
	CAPITAL SALUD	POSITIVA	

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:	**LEONEL VARGAS CAMARGO**
	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 RACHID CARABCAS RAHMAN**
	Cargo:	**ALCALDE LOCAL**
	Firma:	
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
	Nombre:	
	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: 18 de marzo de 2024 — **Y EL** DD MM AA: 31 de marzo de 2024

CLASE DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES — **No.** 30 — **VIGENCIA** 2023

1. INFORMACION DEL CONTRATISTA

RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :	LEONEL VARGAS CAMARGO			**C.C. No.**	19.392.832
DIRECCIÓN:	CALLE 2C No. 25 A - 61	**TELEFONO**	3123094162	**CORREO ELECTRONICO**	leovargas462@gmail.com
CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)					
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO					

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
BANCO DE BOGOTA S.A	AHORROS	171226939,00

INFORMACION PARA ENDOSO DE PAGO A UN TERCERO

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

2. INFORMACION DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO:
PRESTAR SERVICIOS A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

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	09/01/2024	PLAZO INICIAL	4	120
TERMINACION INICIAL	08/04/2024			
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 PRORROGAS S/O		TOTAL EN MESES y/o DIAS	4	120

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	PLANTA	NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION
		JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO			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 PENSION 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)	1.249.300
IVA	-
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	1.249.300
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	1.249.300
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	1.249.300

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
	02301160557000000002099	11.532.000	-	1.249.300	1.249.300	10.282.700
	0		-		-	-
	0		-		-	-
	0		-		-	-
	0				-	-
	0				-	-
	TOTALES	11.532.000	-	1.249.300	1.249.300	10.282.700
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE	0%	PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE	11%

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

No	FECHA	CONCEPTO	VALOR
1	1/04/2024	1er recibo parcial	1.249.300
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	1.249.300

NUEVO SALDO POR EJECUTAR	10.282.700

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	10.282.700
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	10.282.700

OK

EXPLIQUE RAZÓN DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	11%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	11%

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 30 de 2023 , dejando constancia que se cumplió con el objeto del contrato, las obligaciones establecidas, el plazo previsto y el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones, de acuerdo con los documentos presentados por el contratista y anexos al presente documento.

NÚMERO DE PIN: (DIGITE EL # DE PIN 1) / **PERIODO COTIZADO** **MES (ES)** marzo **AÑO** 2024

APOYO A LA SUPERVISION

C.C. de

C.C. de

Vo.BO. AUTORIZA GIRO

JUAN RASHIF CABARCAS RAHMAN
ALCALDE LOCAL
C.C 1.026.560.118 **de** Bogotá

Versión 2023-1

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

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista LEONEL VARGAS CAMARGO sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 18 de marzo de 2024 Y EL 31 de marzo de 2024

Contrato: No. 30 de 2023
Tipo de Contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Contratista: LEONEL VARGAS CAMARGO
Cèdula o NIT 19.392.832

Objeto: PRESTAR SERVICIOS A LA GESTION PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

Plazo del Contrato: 4 MES (ES) DIAS
Fecha Iniciación: 09/01/2024
Fecha de Terminación: 00/01/1900
Prórroga(s) N/A
N/A
N/A
N/A

Valor Inicial Pactado: 11.532.000

Valor Adicional: 0

Valor a Pagar: 1.249.300 **No.Pago** 1
Suspensión(inicio/fin)
Número de PIN: (DIGITE EL # DE PIN 1) /
Periodo Cotizado. Mes marzo / año 2024

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,

CC. No. de

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

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES - APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, Leonel Vargas Camargo, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 19.392.832, 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: Leonel Vargas Camargo
C.C: 19.392.832
Dirección de Residencia: cll 2C No. 25ª - 61
Teléfono de contacto: 3123094162
Correo electrónico institucional:
Correo electrónico de notificación: leovargas462@gmail.com

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

ARTICULOS 330 Y 383 E.T

Yo, Leonel Vargas Camargo, identificada con cédula de ciudadanía 19.392.832 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** 236 del año 2023.

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 mes de abril de 2024.



Firma:_____

Nombre: Leonel Vargas Camargo
C.C: 19.392.832
Dirección laboral: Calle 19 No 28-80 Piso 7 Mallplaza
Teléfono laboral: 3759535
Correo electrónico institucional: valentina.fernandez@gobiernobogota.gov.co
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° 236 de FECHA 2023, que suscribí con la FONDO DESARROLLO LOCAL MARTIRES, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	1	MES	ABRIL	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
LEONEL VARGAS CAMARGO	19392832	AREA DE GESTION POLICIVA JURIDICA	3123094162

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

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE

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

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

DECLARACIÓN JURAMENTADA

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



FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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