INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 1	
PERÍODO: 13 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**
No. CONTRATO Y FECHA	**CPS-077-2024 DEL 11 DE MARZO DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JUAN PABLO MURCIA LOZANO**
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	**C.C 1.030.632.696 DE BOGOTA**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**122 DÍA(S) CALENDARIO**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$20.000.000 Veinte Millones Pesos**
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	**$3.000.000 TRES MILLONES PESOS M/CTE**
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	**23011601200000002046**
FECHA ACTA DE INICIO	**13 DE MARZO DE 2024**
PRÓRROGA[1]	**DIAS**
ADICIÓN	**$0 CERO PESOS M/CTE**
SUSPENSIÓN	**DIAS**
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**12 DE JULIO DE 2024**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACION, FORTALECIMIENTO TECNICO Y SEGUIMIENTO PERIODICO DEL PROCESO PEDAGOGICO QUE GARANTIZA LA FORMACION Y EL ACONDICIONAMIENTO DEPORTIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY, ADEMAS DE ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE CRONOGRAMAS, EVENTOS, CERTAMENES, FERIAS Y ACCIONES DEPORTIVAS EN GENERAL QUE SEAN REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE KENNEDY APUESTA POR EL DEPORTE EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1 . Realizar el diseño, organización, programación y desarrollo de los elementos pedagógicos y curriculares para las acciones deporte y recreación en el marco del desarrollo del proyecto Kennedy cultura en mi barrio.	1- Se da cumplimiento a esta obligación realizando el plan pedagogico de la modalidad deportiva. PLAN PEDAGÓGICO: - 20240327_PLAN PEDAGOGICO DEPORTE ADAPTADO.	Se adjunta el plan pedagógico. - 20240327_PLAN PEDAGOGICO DEPORTE ADAPTADO.	Evidencias de la obligación 1.
2 . Realizar la organización, ejecución y seguimiento a las diferentes fases del proceso de inscripciones a la Escuela Deportivas de acuerdo con la modalidad asignada, siguiendo con los lineamientos establecidos.	Se cumple con la presente obligación siguiendo los lineamientos establecidos por la coordinación, estructurando el cronograma y plan de acción. ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO: - 20240318_PLAN DE ACCION CRONOGRAMA DEPORTE ADAPTADO.	Se adjunta cronograma de actividades y plan de acción. - 20240318_PLAN DE ACCION CRONOGRAMA DEPORTE ADAPTADO.	Evidencias de la obligación 2.
3 . Implementar el cronograma y el plan de clases establecido para el desarrollo del proceso formativo, con el fin de formar y orientar a los estudiantes sobre el área o disciplina deportiva a su cargo, de acuerdo con los lineamientos establecido en el marco del desarrollo de los proyectos.	Se da cumplimiento a la obligación realizando la divulgación y consolidación de los grupos de acuerdo al cronograma establecido. ACTIVIDADES REALIZADAS: 20240322_REUNIÓN_CDCKENNEDY 20240327_REUNIÓN_CENTRO_INTEGRARTE.	Se adjuntan las actas correspondientes a las actividades. 20240322_REUNIÓN_CDCKENNEDY 20240327_REUNIÓN_CENTRO_INTEGRARTE.	Evidencias de la obligación 3.
4 . Participar en las reuniones, eventos, presentaciones y actividades programadas por la Administración Local o entidades externas.	Se cumple con esta obligación asistiendo a los eventos externos a los que fui convocado de acuerdo a la programación suministrada. ACTIVIDADES EXTERNAS: 20240326_MUNDO_AVENTURA	Se adjunta el acta respectiva de la participación en los eventos externos. -20240326_MUNDO_AVENTURA.	Evidencias de la obligación 4.
5 . Mantener actualizado el inventario y hacer buen uso de los bienes, equipos, y materiales asignados para la realización de las actividades y gestionar los recursos técnicos, físicos, materiales, entre otros necesarios para el óptimo desarrollo de los procesos formativos.	Se da el cumplimiento de la obligación asistiendo a la jornada de repartición del material, así como su traslado. ACTIVIDAD DE CUMLPIMIENTO: 20240321_ASIGNACIÓN_DE_MATERIAL	Se entrega adjunto el acta de la actividad, con los soportes requeridos. 20240321_ASIGNACIÓN_DE_MATERIAL.	Evidencias de la obligación 5.
6 . Organizar y asistir a las reuniones, capacitaciones, y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato y en las, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, dejando registro de la asistencia y participación en estas presencial y/o virtual	Se da cumplimiento a la obligación asistiendo a cada una de las reuniones realizadas por el equipo de deportes de ls ALK, según el cronograma suministrado. ACTIVIDADES INTERNAS 20240326_CAPACITACIÓN_DE_INFORMES.	Se adjuntan las actas de participación en las diferentes reuniones. -20240326_CAPACITACIÓN_DE_INFORMES.	Evidencias de la obligación 6.
7 . Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato	Se cumple con la presente obligación asistiendo a las actividades solicitadas por la coordinación de las escuelas de formación de deportes de la ALK. ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO 20240319_ACTA_DE_REUNIÓN_ORGANIZACIÓN_DE_MATERIAL.	Se adjuntan las actas respectivas: 20240319_ACTA_DE_REUNIÓN_ORGANIZACIÓN_DE_MATERIAL.	Evidencias de la obligación 7

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 PENSION**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA ARL**
	SALUD TOTAL	**COLPENSIONES**	**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** **Firma:** **Nombre: JUAN PABLO MURCIA LOZANO** **Cédula: 1.030.632.696** **Cargo: PROFESIONAL**
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** **Firma:** **Nombre: ALBA MARINA GONZALEZ HIDALGO** **Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 18**
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE) **Firma:** **Nombre: WILSON MARTIN CASTELLANOS** **Cargo: PROFESIONAL**

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ, 01 DE ABRIL DE 2024 — **CUENTA DE COBRO NUMERO** 1

Yo JUAN PABLO MURCIA LOZANO identificado como aparece al pie de mi firma,

me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se encuentran clasificados de acuerdo con la determinacion celular informada a continuación:

1 **SI** [X] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

2 **SI** [ ] **NO** [X] he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY
NIT 899.999.061-9
Transversal 78k # 41a - 04 sur Teléfono 4481400 -4511321

DEBE A:

JUAN PABLO MURCIA LOZANO C.C. 1.030.632.696

Por Concepto de: **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACION, FORTALECIMIENTO TECNICO Y SEGUIMIENTO PERIODICO DEL PROCESO PEDAGOGICO QUE GARANTIZA LA FORMACION Y EL ACONDICIONAMIENTO DEPORTIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY, ADEMAS DE ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE CRONOGRAMAS, EVENTOS, CERTAMENES, FERIAS Y ACCIONES DEPORTIVAS EN GENERAL QUE SEAN REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE KENNEDY APUESTA POR EL DEPORTE EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY**

Periodo comprendido entre: 13 de marzo de 2024 y 31 de marzo de 2024

La suma de : **$ 3.000.000** TRES MILLONES PESOS M/CTE

Tipo de Contrato: Prestacion de servicios **CPS-077-2024** Pago No 1 DE 5

Planilla Pago de seguridad Social No	9464243566	y	
Periodo cotizado	Marzo 2024	y	
Fecha de pago	12/03/2024	y	
Ingreso Base de Cotización	1.200.000	y	

IBC SEGÚN VALOR COBRADO **1.200.000**

Favor Consignar en Banco: Banco Falabella Cuenta Ahorro No 111701916170

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios CPS-077-2024, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA: Juan Pablo

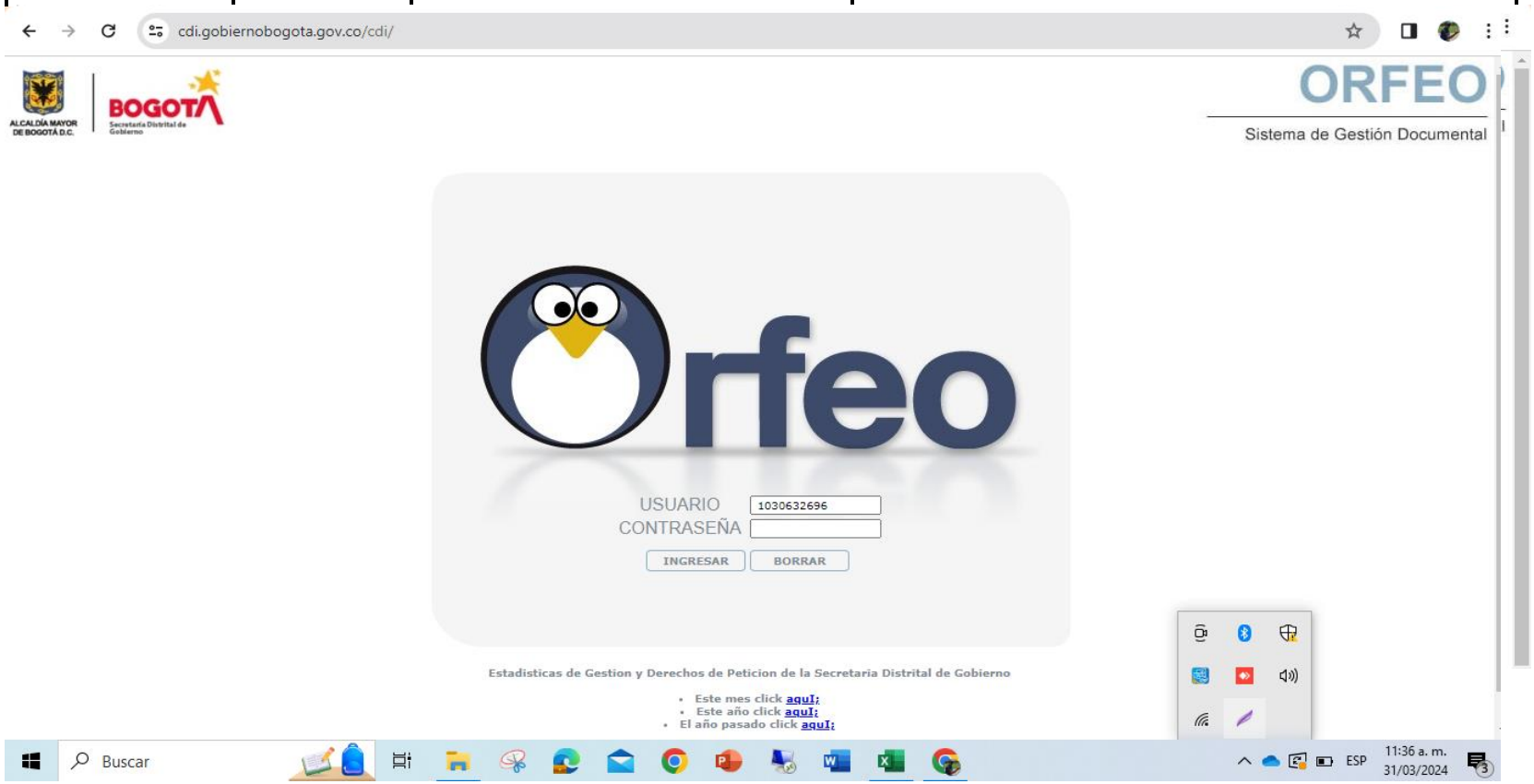
DIRECCION: KR 87 N 48-50 TELEFONO: 3209359267

correo electronico contacto: dtjuanmuercia@gmail.com

ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			
EL CONTRATISTA NO	POSEE ORFEO	EL CONTRATISTA NO POSEE ORFEO	EL CONTRATISTA NO POSEE ORFEO



CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL

Declaración Juramentada

Numero de contrato CPS-077 de 2024

Yo, JUAN PABLO MURCIA LOZANO, identificado con cédula de ciudadanía 1.030.632.696 expedida en la ciudad de Bogota.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Soy Declarante de Renta año 2023		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 para cada concepto con una X 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**
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 valor pagado año: 2023 (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2023** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)*		**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, 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 (01) días del mes de abril de 2024

Firma: Juan Pablo

Nombre: JUAN PABLO MURCIA LOZANO
C.C.: 1.030.632.696 de Bogota
Dirección laboral: Transversal 78k # 41a - 04 sur
Teléfono laboral: 4481400 - 4511321
Correo electrónico institucional: dtjuanmuercia@gmail.com

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **JUAN PABLO MURCIA LOZANO** 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 13 de marzo de 2024 y el 31 de marzo de 2024

Contrato:	No. CPS-077-2024
Tipo de Contrato:	Contrato De Prestacion De Servicios
Contratista:	Juan Pablo Murcia Lozano
Cédula o NIT	C.C.: 1.030.632.696 de Bogota
Objeto:	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACION, FORTALECIMIENTO TECNICO Y SEGUIMIENTO PERIODICO DEL PROCESO PEDAGOGICO QUE GARANTIZA LA FORMACION Y EL ACONDICIONAMIENTO DEPORTIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY, ADEMAS DE ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE CRONOGRAMAS, EVENTOS, CERTAMENES, FERIAS Y ACCIONES DEPORTIVAS EN GENERAL QUE SEAN REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE KENNEDY APUESTA POR EL DEPORTE EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY**
Plazo del contrato:	122 DÍA(S) CALENDARIO
Fecha iniciación:	13 DE MARZO DE 2024
Fecha de terminación:	12 DE JULIO DE 2024
Prórroga(s)	DIAS
Valor inicial pactado:	$ 20.000.000
Valor adicional:	$ 0
Valor a pagar:	**($3.000.000) (No. 1 de pago: 5)**
Honorarios Mensuales:	**$5.000.000**
Numero de PIN:	9464243566
Periodo cotizado.	Marzo 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 el (01) días del mes de abril de 2024

WILSON MARTIN CASTELLANOS
C.C.80.217.520
Apoyo a la Supervisión

ALBA MARINA GONZALEZ HIDALGO
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 18
Supervisor(ra)

ANTONIO MARIA LOPEZ BURITICA
ALCALDE(E) LOCAL DE KENNEDY

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030632696		JUAN PABLO MURCIA LOZANO	INDEPENDIENTE	Principal	kra 87 # 48-50 sur casa 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209359267	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	508845499	9464243566	I	2024/04/22	2024/03/12	BANCO FALABELLA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1030632696	MURCIA JUAN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030632696		JUAN PABLO MURCIA LOZANO	INDEPENDIENTE	Principal	kra 87 # 48-50 sur casa 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209359267	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	508845499	9464243566	I	2024/04/22	2024/03/12	BANCO FALABELLA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN PABLO MURCIA LOZANO** identificado con **CC** No. **1030632696**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - NI. 899999061	**Fecha de inicio de cobertura:** 13/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 11/03/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013486811.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

ALCALDÍA DE KENNEDY

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 077 de 2024

CONTRATISTA: MURCIA LOZANO JUAN PABLO

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACION, FORTALECIMIENTO TECNICO Y SEGUIMIENTO PERIODICO DEL PROCESO PEDAGOGICO QUE GARANTIZA LA FORMACION Y EL ACONDICIONAMIENTO DEPORTIVO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY, ADEMAS DE ACOMPAÑAR EL DESARROLLO DE CRONOGRAMAS, EVENTOS, CERTAMENES, FERIAS Y ACCIONES DEPORTIVAS EN GENERAL QUE SEAN REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE KENNEDY APUESTA POR EL DEPORTE EN EL MARCO DEL DESARROLLO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY.

VALOR: $ 20.000.000,00

PLAZO: 4 mes(es)

El día 13 de MAR de 2024 se reunieron MURCIA LOZANO JUAN PABLO, mayor de edad, con C.C. No 1030632696, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) ANTONIO MARIA LOPEZ BURITICA, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 077 de 2024, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,



MURCIA LOZANO JUAN PABLO
C.C. No 1030632696

Por la ALCALDÍA DE KENNEDY,



ANTONIO MARIA LOPEZ BURITICA
DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN PABLO MURCIA LOZANO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1030632696,** se encuentra afiliado/a desde **03/02/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de marzo de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111701916170** con fecha de apertura **2022-12-13** de titularidad del (la) señor(a) **Juan Pablo Murcia Lozano** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1030632696**, a la fecha se encuentra **ACTIVA**.

Se expide a los Un (01) días del mes de marzo de 2024, a solicitud del consumidor financiero.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLA S.A

NUC - 104B47CD2178

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° 077 de 11/03/2024**,, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, 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	01	MES	04	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRESY APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
JUAN PABLO MURCIA LOZANO	1030632696	INVERSION LOCAL -DEPORTES	3209359267

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 mismo dependiente y suvigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOBRESY APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
JUAN MARTÍN MURCIA ROJAS	HIJO	10	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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025072781

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54333600

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 9 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1009

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MURCIA	ROJAS

Nombre(s)

JUAN MARTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ENE Día 22	MASCULINO	"A"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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	12482022-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS PINEDA NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 1.014.262.284	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MURCIA LOZANO JUAN PABLO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 1.030.632.696	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MURCIA LOZANO JUAN PABLO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
Cédula de ciudadanía 1.030.632.696	x Juan Pablo M.

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 2014 Mes ENE Día 23

ANGELA R.

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ
NOTARIO 9 - BOGOTA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

x Juan Pablo M.

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ
NOTARIO 9 - BOGOTA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTACION LIBRO DE VARIOS 116 FOLIO 73

OFIXPRES SAS NIT. 900.158.826-1 100238573

- ORIGINAL PARA OFICINA DE REGISTRO -

República de Colombia
NOTARIA 9 - BOGOTA
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ

Powered by CamScanner