FECHA 2 de mayo de 2024

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

CUENTA DE COBRO No. 2

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

LEONEL VARGAS CAMARGO

CEDULA DE CIUDADANIA No. 19392832

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

LA SUMA DE **$ 2.883.000**

SON : DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

Por concepto de :

HONORARIOS GENERADOS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES 30, GESTION QUE SE LLEVO A CABO ENTRE EL
1 de abril de 2024 Y EL 30 de abril 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 2

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS

PERÍODO: **1 de abril de 2024** **AL** **30 de abril de 2024**

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	**30-2024** **13 de marzo de 2024**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEONEL VARGAS CAMARGO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 19392832
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 **MES(ES)** 0 **DIAS**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	11.532.000,00
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	2.883.000,00
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O230116055700000002099
FECHA ACTA DE INICIO	**18 de marzo de 2024**
PRÓRROGA	«PLAZO DE LA PRORROGA»
ADICIÓN	«VALOR DE LA ADICIÓN»
SUSPENSIÓN	«FECHAS Y PLAZO DE SUSPENSIÓN»
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	**17 de julio de 2024**

OBJETO DEL CONTRATO)	PRESTAR SEREVICIOS 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 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.	En este mes no se ejecutó esta obligacion	**En este mes no se ejecutó esta obligacion**	N/A
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 15 de abril se realizó un operativo de espacio publico en el cementerio central de Bogotá con apoyo de policia y ejercito	**ID operativo 21706**	Evidencia cargada en la carpeta compartida del area del mes de abril según la fecha.
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.	El 16 de abril se adelanto operativo de contra el robo de energia y recuperacion del espacio publico en el sector de paloquemao con apoyo Enel y policia	**ID operativo 21703**	Evidencia cargada en la carpeta compartida del area del mes de abril según la fecha.
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.	El 04 de abril se adelanto apoyo logistico en paloquemao y mall plaza a la campaña Chatico el cual consiste en orientar los planes de desarrollo de prioridad de la alcaldia mayor	**Acta general**	Evidencia cargada en la carpeta compartida del area del mes de abril según la fecha.
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	El 11 de abril se adelanto operativo de IVC de bares de alto impacto en el barrio Santafe	**Acta general**	Evidencia cargada en la carpeta compartida del area del mes de abril según la fecha.
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	El 22 de abril se adelanto apoyo logistico y de acompañamiento en la actividad de conmemoracion del dia de la tierra en el parque Santafe	**Acta general**	Evidencia cargada en la carpeta compartida del area del mes de abril según la fecha.
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.	En este mes no se ejecutó esta obligacion	**En este mes no se ejecutó esta obligacion**	N/A
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.	El 09 de abril se adelanto apoyo logistico a la campaña Chatico el cual consiste en orientar los planes de desarrollo de prioridad de la alcaldia mayor	**N/A**	N/A
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	El 18 de abril se adelanto apoyo logistico al area de subsidio C en el castillo de las artes	**Acta general**	Evidencia cargada en la carpeta compartida del area del mes de abril según la fecha.
10	Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	En este mes no se ejecutó esta obligacion	**En este mes no se ejecutó esta obligacion**	N/A

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2			
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS			
PERÍODO: 1 de abril de 2024 AL 30 de abril de 2024			
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO			
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES		
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION	30-2024 13 de marzo de 2024		
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	EPS NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	ARL
	CAPITAL SALUD	POSITIVA	0

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 RAGHIF CABARCAS RAHMAN
	Cargo:	ALCALDE LOCAL
	Firma:	
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
	Nombre:	JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO
	Cargo:	APOYO A LA SUPERVISION
	Firma:	

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-05-04, 09:44:46 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: abril de 2024 Periodo Servicio: abril de 2024 Referencia pago (PIN): 8810456558

Fecha límite de pago: 2024-05-09

GUARDADA 02/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEONEL VARGAS CAMARGO				
Documento	CC19392832	**Dirección**	CL 2C #25 A - 61		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123094162		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mindeporte	Total
CC 19392832	VARGAS CAMARGO LEONEL	03	03																	0	30	0	0	NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	RECAUDO BDP CAPITAL SALUD	$ 1.300.000	$ 162.500	NINGUNA ARP	$ 0	$ 0	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
6

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888104565580000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810456558(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIIRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

BOGOTA, D.C., 12 de Marzo de 2024 2024_4767997-39299588

Señor (a):
LEONEL VARGAS CAMARGO
CL 3C 25A 61
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

COLPENSIONES - 2024_4767997
12/03/2024 03:13:18 PM
SUPERCADE CARRERA 30
BOGOTA D.C. - BOGOTA, D.C.
IMAGENES:2
CONSULTE EL ESTADO DE SU TRAMITE EN WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

Referencia: Radicado No. 2024_4767997 del 12 de Marzo de 2024
Ciudadano: LEONEL VARGAS CAMARGO
Identificación: C.C. 19392832
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia ha sido rechazada.

Causal: Personas excluidas del Sistema General de Pensiones, en razón a la edad.

Por otra parte, es importante indicar que Colpensiones en calidad de administradora del Régimen de Prima Media con Prestación Definida se encuentra en la obligación de acatar las normas de carácter general, por tanto, se debe dar aplicación al artículo 2º del Decreto 758 de 1990, que manifiesta lo siguiente:

"Artículo 2o. Personas excluidas del seguro de invalidez, vejez y muerte. Quedan excluidos del Seguro Social Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte:
a) Los trabajadores dependientes que al inscribirse por primera vez en el Régimen de los Seguros Sociales, tengan 60 o más años de edad;
b) Los trabajadores independientes que se afilien por primera vez con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es varón;
(...)".

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909
www.colpensiones.gov.co

Powered by CamScanner

ALCALDÍA LOCAL DE MARTIRES
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No. 2 — PARCIAL X — FINAL

(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2023-1)

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 de abril de 2024 **Y EL** 30 de abril de 2024

CLASE DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES — **No.** 30 — **VIGENCIA** 2024

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)	0				
NIT ó C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO	0				

INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	CLASE DE CUENTA	No. CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	0550488435043952

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
0	0	0	0	0	0

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

A).- El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los días ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último día del mes.
B). 4 pagos mensuales vencidos de $2,883,000 (Dos Millones Ochocientos Ochenta y Tres Mil Pesos) M/Cte previa presentación de los siguientes documentos:
a.- Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista.
b.- Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato.
c).- Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al valor devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda.

	VALOR CONTRATO	RECURSOS FDLPA
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	18/03/2023	PLAZO INICIAL	4	# DE DIAS
TERMINACION INICIAL	17/07/2024			
PRORROGAS				
FECHA PRORROGA 1	N/A	No MESES PRORROGA 1	0	0
FECHA PRORROGA 2	N/A	No MESES PRORROGA 2	0	0
FECHA PRORROGA 3	N/A	No MESES PRORROGA 3	0	0
FECHA PRORROGA 4	N/A	No MESES PRORROGA 4	0	0
TERMINACION CON PRORROGA(S) Y/O SUSPENSION (ES)	17/07/2024	TOTAL EN MESES O DIAS	4	#¡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	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)	1.153.200	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	144.150	
VALOR APORTE A PENSIÓN SI	184.512	
VALOR APORTE A R L	-	
TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO	328.662	

5. INFORMACION PARA EL PAGO

ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL	
VALOR TOTAL CONTRATADO	11.532.000
ACUMULADO CORTES PARCIALES	1.249.300
SALDO POR EJECUTAR	10.282.700
EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ANTES DE IVA)	2.883.000
IVA	-
VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	2.883.000
MENOS: AMORTIZACIÓN ANTICIPO	-
MENOS: RETENCION EN GARANTIA	-
MENOS:OTROS DESCUENTOS X VR.NO RECONO	-
VALOR AUTORIZADO A PAGAR	2.883.000
NETO A PAGAR PRESENTE CORTE	2.883.000

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
457	02301160557000000209	11.532.000	1.249.300	2.883.000	4.132.300	7.399.700
-	0	0	-	-	-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
-	0	0	-		-	-
	TOTALES	11.532.000	1.249.300	2.883.000	4.132.300	7.399.700
		OK		OK		OK

SON: (Valor en letras): DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS

PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE 11%

PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE 36%

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	2/05/2024	2do recibo parcial	2.883.000
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	4.132.300
NUEVO SALDO POR EJECUTAR			7.399.700

VALIDACION DE SALDOS

SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL	7.399.700
+ (MAS): SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO	0
(-) MENOS: SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA	-
SALDO POR EJECUTAR	7.399.700 OK

EXPLIQUE RAZÓN DIFERENCIA

PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE	25%
PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO	36%

A los 2 de mayo de 2024 JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago DOS (2) en cumplimiento de la Cláusula SEXTA del contrato PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES 30 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: 8810456558 / **PERIODO COTIZADO** **MES (ES)** marzo / **AÑO** 2024

JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO
APOYO A LA SUPERVISION
C.C. 1.047.381.845 de CARTAGENA
C.C. - de 0

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

Versión 2023-1

rfeo Version Nueva

AYUDA INFO CREDITOS CONTRASEÑA ESTADISTICAS CERRAR

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación

RADICACION

- Mis Oficios
- Mis Memorandos

CARPETAS

- Mis Entrada(0)
- Mis Oficios(0)
- Mis Memorandos(0)
- Mis Visto Bueno(0)
- Mis Devueltos(0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. Secretaría Gobierno

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	LEONEL VARGAS CAMARGO	Area de Gestion Policiva Juridica Martires

Radicados:

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

No se encuentran radicados con los datos de busqueda digitados.

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 LEONEL VARGAS CAMARGO 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 1 de abril de 2024 30 de abril de 2024

Contrato: No. 30 de 2024
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: 18/03/2023
Fecha de Terminación: 17/07/2024
Prórroga(s) N/A
N/A
N/A
N/A

Valor Inicial Pactado: 11.532.000

Valor Adicional: 0

Valor a Pagar: 2.883.000 **No.Pago** 2
Suspensión(inicio/fin)
Número de PIN: 8810456558 /
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 2 de mayo de 2024

Interventor o Supervisor,

JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO
CC. No. 1047381845 de CARTAGENA

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

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

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

Bogotá D. C.,

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 19392832, 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 02 de mayo de 2024.

Firma:



Nombre: Leonel Vargas Camargo
C.C: 19392832
Dirección de Residencia: cll 2c # 25a-61
Teléfono de contacto: 3123094162
Correo electrónico institucional:
Correo electrónico de notificación: leovargas462@gmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato 236 de 2023

Yo, Leonel Vargas Camargo, identificada con cédula de ciudadanía No **19392832** expedida en la ciudad de **BOGOTÁ**

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Soy Declarante de Renta año **2023**		**X**
Debo presentar Declaración de Ingresos de vigencia anterior por contratos superiores a 3500 UVT		**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 por cuenta y riesgo del empleador o contratante		**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
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		**X**
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **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**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)		**X**

Se expide y firma a los (02) de Mayo de 2024.

Firma:



Nombre: Leonel Vargas Camargo
C.C: 19392832
Dirección laboral: AV. NQS – PALOQUEMAO MALL PLAZA PISO 6
Teléfono laboral: 3123094162
Correo electrónico institucional: leovargas462@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° 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	2	MES	MAYO	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

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud