FECHA 2 de julio de 2024

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

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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 302024, GESTION QUE SE LLEVO A CABO ENTRE EL 1 de junio de 2024 Y EL **30 de junio de 2024**

Fecha inicio de la suspensión: 0/01/1900
Fecha fin de la suspensión:(reinicio) 0/01/1900

CIIU:(ACTIVIDAD RUT) 8299

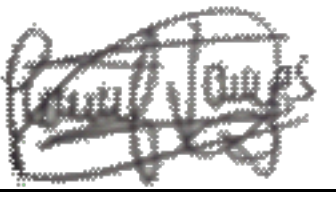
Yo: LEONEL VARGAS CAMARGO, Identificado como aparece al pie de mi firma, CERTIFICO QUE:

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

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

Alcaldía Local de los Mártires

# INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 4

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS**

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

**DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO** | **PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION** |
| **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)** | O23011605570000002099 |
| 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 TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y | **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 emer | Eventos masivos parque Simon Bolivar | 1. Acta de fecha 15-06-2024 Eventos Deportivos. | EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 1<br>1. Acta IVC de fecha 15-06-2024. |
| 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. | Espacio publico, ID 24248 operativo espacio publico | 1. Acta IVC Control Especio Publico La Favorita. | EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 2<br>1. Acta IVC de fecha 06-06-2024. |
| 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 e | 1. Operativo Espacio Público y Locales Comerciales La Favorita.<br>2. Sensibilización espacio público. | 1. Acta de fecha 05-06-2024 Operativo Espacio Publico<br>2. Acta de fecha 12-06-2024 Sensibilización Espacio Público. | EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 3<br>1. Acta de fecha 05-06-2024.<br>2. Acta de fecha 12-06-2024. |
| 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. | Operativo Acción Popular La Favorita. | 1. Acta de Operativo Accion Popular de fecha 13-06-2024. | EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 4<br>1. Acta de fecha 13-06-2024 |
| 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 | ID 24430 sensibilización espacio publico y extension de la actividad economica, Sensibilización espacio publico la favorita | 1. Acta IVC de fecha 18-06-2024 Espacio Público. | EVIDENCIAS OBLIGACION 5<br>1. Acta IVC de fecha 18-06-2024. |
| 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 | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | N/A |
| 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 | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | N/A |

# INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 4

**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS**

| **PERÍODO:** | **1 de junio de 2024** | **AL** | **30 de junio 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** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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. | 1. Operativo Bodegas de reciclaje Santa fe.<br>2. Operativo Bogotá infancia y adolescencia. | 1. Acta IVC de fecha 17-06-2024 intervención bodegas de reiclaje.<br>2. Acta operativo de fecha 20-06-2024 Operación Bogotá. | EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 8<br>1. Acta IVC de fecha 17-06-2024<br>2. Acta Operativo de fecha 20-06-2024. |
| 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 | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | N/A |
| 10 | Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual. | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | En este periodo no se realizo ninguna actividad de este tipo | N/A |

## INFORMACIÓN ADICIONAL

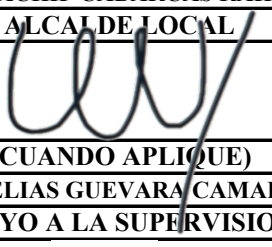
| **APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL** | **NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD** | **NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL** | **NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE** |
|---|---|---|---|
| | CAPITAL SALUD | POSITIVA | 0 |

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

Simple

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2024-07-04, 09:11:06 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

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

**Fecha limite de pago:** 2024-07-09

**GUARDADA 05/06/2024**

## 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 | VCT | IRP | Días AFP | 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 Mineducación | Total |
| CC 19392832 | VARGAS CAMARGO LEONEL | 03 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | RECAUDO SGP 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!

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

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.
AFILIACIONES
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**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA LOCAL DE: MARTIRES
FONDO DE DESARROLLO LOCAL

**RECIBO A SATISFACCION PERSONA NATURAL No.** 4 — PARCIAL X — FINAL

*(FORMATO DE AUTOCONTROL. Versión 2023-1)*

**PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL** 1 de junio de 2024 (DD MM AA) **Y EL** 30 de junio de 2024 (DD MM AA)

**CLASE DE CONTRATO:** PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION — **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 | 18/03/2024 | 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 | JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO | VINCULACION | PLANTA | NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|

## 4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL

| | | |
|---|---|---|
| BASE INGRESO COTIZACION (IBC-SEGÚN PLANILLA OPERADOR) | 1.300.000 | 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 | 162.500 | |
| VALOR APORTE A PENSIÓN SI | 208.000 | |
| VALOR APORTE A R L | | |
| TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO | 370.500 | |

## 5. INFORMACION PARA EL PAGO

| ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL | |
|---|---|
| VALOR TOTAL CONTRATADO | 11.532.000 |
| ACUMULADO CORTES PARCIALES | 7.015.300 |
| SALDO POR EJECUTAR | 4.516.700 |
| 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 | O23011605570000002099 | 11.532.000 | 7.015.300 | 2.883.000 | 9.898.300 | 1.633.700 |
| - | 0 | 0 | - | | - | - |
| - | 0 | 0 | - | | - | - |
| - | 0 | 0 | - | | - | - |
| - | 0 | 0 | - | | - | - |
| - | 0 | 0 | - | | - | - |
| - - | TOTALES | 11.532.000 | 7.015.300 | 2.883.000 | 9.898.300 | 1.633.700 |
| | | OK | | OK | | OK |

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

| | |
|---|---|
| PORCENTAJE DE EJECUCION PRESUPUESTAL ANTES PRESENTE CORTE | 61% |
| PORCENTAJE EJECUCION PRESUPUESTAL INCLUIDO ESTE CORTE | 86% |

## 6. REGIMEN 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 | 4/06/2024 | 3er recibo parcial | 2.883.000 |
| 4 | 2/07/2024 | 4to recibo parcial | 2.883.000 |
| 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 | 9.898.300 |
| NUEVO SALDO POR EJECUTAR | | | 1.633.700 |

**VALIDACION DE SALDOS**

| | |
|---|---|
| SALDO REGISTRO PRESUPUESTAL | 1.633.700 |
| **+ (MAS):** SALDO POR AMORTIZAR DEL ANTICIPO | 0 |
| **(-) MENOS:** SALDO ACUMULADO RETENCION EN GARANTIA | - |
| SALDO POR EJECUTAR | 1.633.700 OK |

EXPLIQUE RAZÒN DIFERENCIA

| | |
|---|---|
| PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE | 25% |
| PORCENTAJE DE EJECUCION FISICA ACUMULADO | 86% |

A los 2 de julio de 2024 JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO recibe a satisfacción el informe presentado por el contratista con el fin de gestionar el pago CUATRO 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:** Type your text 8810456558 / **PERIODO COTIZADO MES (ES)** mayo / **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 RACHIF 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 junio de 2024 30 de junio de 2024

| | |
|---|---|
| Contrato: | No. 30 de 2024 |
| Tipo de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION |
| 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: | 18/03/2024 |
| 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** 4 |
| Suspensión(inicio/fin) | |
| Número de PIN: | 8810456558 / |
| Periodo Cotizado. | Mes mayo / 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 julio 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 Julio 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

**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

Declaración Juramentada

**Numero de Contrato** 030 de 2024

Yo, LEONEL VARGAS CAMARGO, identificada con cédula de ciudadanía No **19392832** expedida en la ciudad de **BOGOTA**

| 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** |

**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

Declaración Juramentada

| | | |
|---|---|---|
| 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) días del mes de Julio de 2024.

Firma: 

Nombre: Leonel Vargas Camargo

C.C: 19392832
Dirección laboral: AV. NQS – PALOQUEMAOMALL PLAZA PISO 6
Teléfono laboral: 3197654408
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 | JULIO | 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