ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

INFORME MENSUAL / DE ACTIVIDADES NO ___1__ PERÍODO: 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	FDLSC-CPS-719-2024 DE 27 DE SEPTIEMBRE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA 53.119.360 DE BOGOTA
PLAZO DE EJECUCIÓN	3 MESES 25 DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VENTITRES MILLONES DE PESOS ($23.000.000) MCTE
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($6.000.000)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O2-30-11-603-450000001835
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE OCTUBRE DE 2024
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE DICIEMBRE 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EN LA FORMULACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS ACUERDOS QUE PROMUEVAN LA FORMALIDAD, EL ACCESO PARA EL APROVECHAMIENTO DEL ESPACIO PÚBLICO.

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1- Adelantar las actividades de gestión social que sean puestos a consideración del despacho.	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de octubre, se realizaron las actividades de gestion social requeridas por el despacho, realizando acompañamiento al foro " Avances y retos en la implementacion de la politica publica de vendedores y vendedoras informales".	1.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.
2-Realizar la articulación con las entidades competentes, alternativas de formalización a vendedores informales de la localidad de san Cristóbal teniendo en cuenta la normatividad vigente, brindando espacios adecuados de participación a los vendedores informales especialmente a madres cabeza de hogar, víctimas de conflicto, personas con discapacidad y los más vulnerables realizando asesoría en estos procesos.	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de octubre, el dia 07 de Octubre se realizo, caracterizacion en conjunto con el IPES de 32 vendedores informales.	2.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.
3- Brindar apoyo para la promoción de la realización de actividades de recreación y deporte, actividades culturales y mercados temporales haciendo un adecuado aprovechamiento del espacio público conforme con la normativa legal actual, desarrollando procesos concertados para lograr la implementación de acuerdos que promuevan la convivencia armónica entre la ciudadanía, los comerciantes y vendedores informales prestando la asesoría para la viabilidad de los mismos	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, no fue requerido pero se le dara cumplimiento en el siguiente periodo.	
4- Acompañar y orientar las actividades, ferias de servicios, reuniones, espacios sociales o comunitarios en la localidad	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se realizo el acompañamiento, las actividades, ferias de servicios, reuniones, espacios sociales o comunitarios en la localidad de San	4.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
de San Cristóbal en sus 5 UPZ´s según lo requerido por el supervisor del contrato y en articulación con las demás dependencias adscritas a la Alcaldía Local de San Cristóbal	Cristóbal en sus 5 UPZ´s según lo requerido por el supervisor del contrato y en articulación con las demás dependencias adscritas a la Alcaldía Local de San Cristóbal, asistiendo el día 08 de Octubre al foro avances y retos en la implementación en la política publica de vendedoras y vendedores informales.	
5- Reportar al apoyo a la supervisión de manera mensual, un informe de gestión territorial de las actividades realizadas en el marco del cumplimiento del plan de Acción -Por un buen uso en el espacio público en San Cristóbal- con aspectos cuantitativos y cualitativos de las actividades en las cuales participa. Además de entregar al finalizar el contrato un informe final de su gestión y los resultados obtenidos.	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se realizo el acompañamiento en las diferentes actividades realizadas con los vendedores informales de la localidad san Cristóbal, realizando el acompañamiento del día 25 de Octubre en la conmemoración y homenaje a la vida de la Sra Sonia Irabes Perez.	5.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.
6- Promover acuerdos ciudadanos para la vinculación de los habitantes de San Cristóbal a programas adelantados por el Instituto de Recreación y Deporte (IDRD) que incentiven el uso adecuado de transporte no motorizado y permitan el mejoramiento de las condiciones de movilidad a través del transporte alternativo	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, no fue requerido pero se le dara cumplimiento en el sigueitne periodo.	
7- Participar en todas las actividades sociales que se presenten como gestor social, acompañando a la alcaldía local de San Cristóbal a las reuniones con la comunidad en todos los encuentros sociales para brindar acompañamiento	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se realizo el acompañamiento en las diferentes actividades realizadas con los vendedores informales de la localidad san Cristóbal, realizando el acompañamiento del día 25 de Octubre en la conmemoración y homenaje a la vida de la Sra Sonia Irabes Perez	7.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
técnico a los procesos desarrollados.		
8- Desarrollar actividades propias como gestor social, siendo enlace con el despacho, las instancias de participación, las juntas de a	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se realizo acompañamiento de avances y retos politica publica con vendedores y vendedoras informales, asistiendo a la capacitacion del aplicativo orfeo el dia 10 de Octubre, aisitiendo a las reuniones sobre la mesa de economia popilar con los vendedores y vendedoras informales de la localidad.	8.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.
9- Realizar respuestas a peticiones, requerimientos, y en general de todos los documentos requeridos por el supervisor o previstos en el plan de acción; garantizando el cumplimiento del plazo de ley o el asignado por la supervisión, la calidad de su contenido, su verificación ortográfica y gramática, así como el cumplimiento de la norma técnica aplicable para citación, referenciación, presentación de tablas, figuras, y demás aspectos.	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se realizo la solicitud de acceso del aplicativo Orfeo, se asisitio a la capacitacion del manejo del mismo el dia 10 de Octubre.	9.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.
10- Programar reuniones con la comunidad para socializar los acuerdos y los procesos que sean necesarios y los que se pacten con la comunidad, capacitar a la comunidad para entablar un enlace de confianza en los acuerdos pactados	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se realizo la programacion reuniones con la comunidad para socializar los acuerdos y los procesos que sean necesarios y los que se pacten con la comunidad, capacitar a la comunidad para entablar un enlace de confianza en los acuerdos pactados, asistiendo a la reunión previa de la mesa de economía popular, san Cristóbal, el día 11 de Octubre, generando acuerdos con el fin de desarrollar la mesa de economía popular en san Cristóbal, el día 22 de Octubre, en trabajo mancomunado con la Unidad Solidaria, el concejo de vendedores.	10.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.
11- Acudir a las reuniones que sean programadas por el Alcalde Local o el	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre, se acudieron a las reuniones programadas por la alcaldia, con la	11.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
apoyo a la supervisión.	constructora, CONVEL y el IPES, con el fin de crear una mesa tecnica sobre el espacio correspondiente al romboi de el conjunto reserva del 20 de Julio.	
12- Las demás que sean inherentes al objeto contractual y sean solicitadas por el supervisor den contrato.	En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de Octubre se apoyo los requerimientos realizados por el supervisor y apoyo del cto, realizando el apoyo en las diferentes actividades acorde a los cronogramas necesarios, se asistió a la capacitación del aplicativo hola -21 de Octubre.	12.1 Se evidencia en la en la carpeta comprimida con la evidencia del acta y registro fotográfico.

INFORMACIÓN ADICIONAL

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	FAMISANAR	POSITIVA	PORVENIR

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: Diana Carolina Murcia** **Cédula: 53.119.360**
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: CARLOS HERNANDO MACIAS MONTOYA** **Cargo: ALCALDE LOCAL DE SAN CRISTÓBAL** **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)**

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
		Nombre: DIANA MARIA RODRIGUEZ MARTINEZ Cc:24585860 **Cargo: Apoyo a la Supervisión - CPS 688 -2024** **Firma:**

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.
*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ**, identificada con **CC** número **53119360**, aportó por **DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ** identificado(a) con **CC** número **53119360** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	3															0		30	$2,972,000	0.00600	$17,900	$0	$0	Septiembre - 2024	80843446	07/10/2024	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	3															0		30	$2,972,000	0.12500	$371,500	$0	$0	Septiembre - 2024	80843446	07/10/2024	NO
230301	Porvenir	3															0		30	$2,972,000	0.16000	$475,600	$0	$0	Septiembre - 2024	80843446	07/10/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Octubre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53119360	DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ	Cra 36b sur ·11-25	3197529520	karoyale@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80843446	$865.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	371.500	0		0		0	0	0	0	371.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	475.600	0	0	0	0	0	0		475.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.900	0	0	17.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	371.500	371.500
Pensión	1	475.600	475.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	17.900	17.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	865.000	865.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53119360	DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ		Cra 36b sur ·11-25	3197529520	karoyale@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80843446	$865.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53119360	MURCIA SANCHEZ DIANA CAROLINA	3	0			N																	230301	2.972.000	475.600	0	0	0	0	EPS017	2.972.000	371.500		0		0	CCF22	2.972.000	17.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CUENTA DE COBRO No.01 **CPS 719 - 2024**

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SAN CRISTÓBAL

DEBE A:

DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ

La suma de **SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($6.000.000) M/CTE**, por concepto de las actividades realizadas con ocasión de la ejecución del contrato de prestación deservicios **No.719-2024**, durante el período comprendido entre el **01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2024.**

Favor consignar a la cuenta de AHORROS **No 462100047556 del BANCO DAVIVIENDA**

Código de Actividad económica: **7020 (Según el RUT)**.

Bogotá D.C., **01 de Noviembre de 2024**

Cordialmente,

FIRMA DIGITAL

Diana Carolina Murcia

C.C. No.53.119.360 de Bogotá D.C

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTOBAL

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Diana Carolina Murcia Sánchez 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 01 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2024

Contrato:	No. FDLSC-CPS-719-2024
Tipo de Contrato:	Prestación de servicios Profesionales
Contratista:	Diana Carolina Murcia Sánchez
Cédula o NIT	No. 53.119.360
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales para apoyar en la formulación y acompañamiento de los acuerdos que promuevan la formalidad, el acceso para el aprovechamiento del espacio público.
Plazo del contrato:	3 Meses y 25 Días
Fecha iniciación:	27 septiembre 2024
Fecha de terminación:	21 de Enero 2024
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	$ 23.000.000
Valor adicional:	$0
Valor a pagar:	$6,000.000 No. de pago: 1
Numero de PIN:	80843446
Periodo cotizado.	Mes Septiembre 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 los __1___ días del mes de __Noviembre__ dos mil __veinticuatro__ (2024).

Interventor o Supervisor,

Profesional del Apoyo a la Supervisión.	Alcalde San Cristóbal
Diana Maria Rofdriguez Martinez	Carlos Hernando Macias Montoya
C.C. No. 24.585.860 de Calarca	C.C. No. 74.371.098 de Duitama

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS- 719 de 2024

Yo**, DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53.119.360 expedida en la ciudad de Bogotá, D.C.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		**X**
Soy Declarante de Renta año 2023	**X**	
He contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		**X**
Declaro que el 80% o más de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica		**X**

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional 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 Nacional No. 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se podrá aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA?		**X**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-?		**X**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?		**X**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatmente anterior?		**X**
DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	**SI**	**NO**
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de		**X**

salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago?		
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UV	**X**	

Se expide y firma a los (01) días del mes de Noviembre del 2024

Firma: 

Nombre: DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ

C.C: 53.119.360 de Bogotá, D.C.

Dirección de correspondencia: Calle 36B SUR # 11-25

Teléfono de contacto: 3197529520

Correo electrónico institucional: diana.murcia@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: karoyale@hotmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	**SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**	Código: GCO-GCI-F137 Versión: 03 Vigencia: 07 de febrero de 2022 Caso HOLA: 225687

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° XXX de dd/mm/aaaa, 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).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	1	MES	10	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Diana Carolina Murcia Sanchez	53,119,360	Acuerdos	3197529520

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
Maria Alejandra Uran Murcia	Hija	15	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.
	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
	sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	
*	Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
*	Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
*	Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o 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 o psicológicos
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

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **28/10/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DIANA CAROLINA MURCIA SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **53119360**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**462100047556**
Fecha de apertura	**22/10/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971068014

(415)7707212489984(8020) 000001497106801 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 1 1 9 3 6 0	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 3 1 1 9 3 6 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MURCIA	SANCHEZ	DIANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 36 B SUR 11 25

42. Correo electrónico: karoyale@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 7 5 2 9 5 2 0	3 1 0 6 4 5 2 5 9 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 2 0	2 0 1 4 1 2 0 5	8 2 9 9	2 0 1 4 1 2 0 5					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 09 / 16 : 56: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MURCIA SANCHEZ DIANA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1126258045

Indicativo Serial 34678660

34678660

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado X Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 5 Z

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

CUBA - CIUDAD DE LA HABANA - LA HABANA

Datos del inscrito

Primer Apellido: URAN | Segundo Apellido: MURCIA

Nombre(s): MARIA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes NOV Día 03 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: A | Factor Rh: POSITIVO | AF

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

CUBA - PINAR DEL RIO - PINAR DEL RIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICACION TOMO 443 FOLIO 87 | Número certificado de nacido vivo: NOT.ESP.MIN JUSTICIA

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MURCIA SANCHEZ DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 53.119.360 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: URAN ARROLLO JUAN GUILLERMO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 78.038.969 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: URAN ARROLLO JUAN GUILLERMO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 78.038.969 | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ VALDES ISABEL DE LA CARIDAD

Documento de Identificación (Clase y número): CI 62112100215 | Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CONCEPCION JESUS

Documento de Identificación (Clase y número): C.I. 60092705563 | Firma

Fecha de inscripción: Año 2009 Mes NOV Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza: LUIS GUILLERMO BECERRA TORRES, Cónsul General — Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Con esta acta se reemplaza la del serial Nº 34678658 del 03 de Septiembre de 2009 por error en el sexo ya que es FEMENINO y no masculino como se habia transcrito. Valen las firmas del anterior.

LUIS GUILLERMO BECERRA TORRES
Cónsul General

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

NOMBRE DEL NUEVO SERVIDOR PÚBLICO			
Diana Carolina Murcia Sánchez			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	**53.119.360**		
DEPENDENCIA:	**Acuerdos**		
DENOMINACIÓN DEL CARGO:			
TIPO DE VINCULACIÓN:	**Libre nombramiento __ Temporal __ Provisional __ Periodo de Prueba __ Encargo __ Contratista _x_**		
FECHA DE INGRESO:	**27 de Septiembre 2024**		
PERÍODO DE ENTRENAMIENTO:			
FECHA DE INICIO:	**01/10/2024**	**FECHA DE FINALIZACIÓN:**	**01/10/2024**

Durante el entrenamiento es necesario tener en cuenta la siguiente lista de chequeo, con el fin de no olvidar ningún aspecto en este proceso.

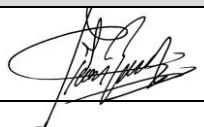
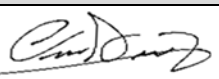
LISTA DE CHEQUEO

ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Explicar la estructura funcional de la dependencia.	x		
Explicar los objetivos de la dependencia.	X		
Explicar el propósito principal del empleo u objeto contractual.	X		
Explicar los procesos, procedimientos, directrices de gestión aplicables al puesto de trabajo.	X		
Dar a conocer y explicar las funciones que desarrollará el nuevo funcionario, así como dar a conocer las directrices generales para el adecuado desarrollo de las obligaciones.	X		
Explicar los roles, responsabilidades y aporte a otros procesos.	X		

ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Explicar las responsabilidades asociadas al manejo y control de los bienes, el trámite oportuno, salvaguarda y conservación de documentos.	X		
Presentación en el equipo de trabajo de la Dependencia a la que ingresa.	X		
Entregar lista de nombres y extensiones de las personas que trabajan en la Dependencia.	X		
Designar un compañero de trabajo como tutor o apoyo (cuando aplique), en el proceso de adaptación al cargo.	X		
Entrega del inventario de los equipos materiales (cuando aplique)		X	
Entrega de información de los cuales será responsable.		X	
Entrega de las llaves que pertenecen al puesto de trabajo (oficina o escritorio, cuando aplique)	X		
Dar a conocer el procedimiento para solicitar los elementos de oficina cuando se requiera	X		
Explicar al empleado cómo funciona el sistema telefónico de la Entidad (prefijo llamada externas, traspaso de las llamadas etc.)	X		
Dar información como se realiza las comunicaciones (memorandos, oficios).	X		
Dar la información necesaria de qué procedimiento debe realizar en el caso de un daño o mal funcionamiento de los equipos que están bajo su responsabilidad (cuando aplique).	X		
Indicar la ruta de acceso a la plataforma Moodle dispuesta por la Entidad para la realización del curso virtual de "Inducción a la Secretaria Distrital de Gobierno" (cuando aplique).	X		
Descargar y enviar por medio de correo electrónico institucional el certificado de realización del curso virtual de "Inducción a la Secretaria Distrital de Gobierno" (cuando aplique)	X		
Incluir aquellas herramientas o sistemas de información que el servidor requiere para el desarrollo de sus funciones u obligaciones contractuales.	X		
Explicar el panorama específico de factores de riesgo, de acuerdo al área o puesto de trabajo y el mapa de riesgos de la entidad.	X		

ACTIVIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Explicar los estándares o normas de seguridad por área o por puesto de trabajo. (Pausas activas entre otras)		X	
Explicar los equipos de protección personal requeridos en la dependencia. (cuando aplique)		X	
Explicar procedimiento a seguir en caso de accidente de trabajo y/ o emergencias.	X		
Incluir otras actividades que se consideren necesarias para facilitar al servidor el desempeño de su nuevo cargo.	X		

DESCRIPCIÓN DE LOS TEMAS ABORDADOS DURANTE EL PERÍODO DE ENTRENAMIENTO

Datos del jefe inmediato	Datos servidor público	Datos del facilitador del entrenamiento
Firma 	Firma 	Firma
Nombre: **Diana Maria Rodriguez Martinez**	Nombre: **Diana Carolina Murcia**	Nombre: **Diana Maria Rodriguez Martinez**

Una vez termine este proceso de entrenamiento en el puesto de trabajo o entrenamiento general para el cumplimiento de las obligaciones, entregue este formato a la Dirección de Gestión Humana.