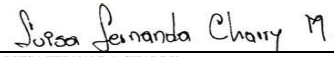


INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 1	
PERÍODO: 11 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	CPS-253-2025 DEL 04 DE MARZO DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUISA FERNANDA CHARRY
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C 1026259290.000 DE BOGOTÁ
PLAZO DE EJECUCIÓN	180 DÍA(S) CALENDARIO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$33000000.000 Treinta y Tres Millones Pesos
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$3.666.667 TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	023011745992024279401000
FECHA ACTA DE INICIO	11 DE MARZO DE 2025
PRÓRROGA[1]	DIAS
ADICIÓN	\$0 CERO PESOS M/CTE
SUSPENSIÓN	DIAS
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	10 DE SEPTIEMBRE DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO Y COMUNITARIO.;

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTO	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Realizar apoyo profesional en las actividades administrativas y operativas para la formulación integral, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión de acuerdo con la temática de su competencia (Fichas técnicas, DTS, Ficha EBI, entre otros) relacionado con proyectos de Salud, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos y la normatividad vigente.	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo realice las siguientes actividades: - Se apoyo en la construcción de la estructura de costos de ayudas técnicas realizando cotizaciones.	Formato estructura de costos ayudas tecnicas	Carpeta Obligación N°1
2. Realizar apoyo profesional en la búsqueda, consolidación, organización y presentación de la información técnica requerida para la construcción, ejecución y seguimiento de los procesos de contratación en las etapas precontractual, contractual y poscontractual para la ejecución de los proyectos de inversión, contractual y poscontractual efectuando la articulación con contratación (estudios previos, estudios del sector y mercado, determinación de riesgos, ficha técnica, respuesta de observaciones, evaluación de procesos, entre otros), siguiendo los procedimientos, lineamientos establecidos y la normatividad vigente	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo realice las siguientes actividades: 2.1 Apoyo de análisis de costos del proceso de ayudas técnicas.(investigación, procesos formativos y logísticos)	Pantallazo cargue carpeta correspondiente	Carpeta Obligación N°2
3. Acompañar los procesos de participación ciudadana, presupuestos participativos en sus diferentes componentes, articulación con participación y las instancias de participación en lo que componente a inversión local, de acuerdo con los lineamientos establecidos	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo no se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo No se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	No se registran evidencias
4. Apoyar profesionalmente la identificación y organización de información de acuerdo con la temática asignada para los procesos de rendición de cuentas ante los diferentes entes de control de acuerdo con las requerimientos y lineamientos establecidos.	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo no se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo No se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	No se registran evidencias
5. Organizar y/o asistir a las reuniones, capacitaciones, y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, así como asistir y efectuar las presentaciones que sean requeridas ante la junta Administradora Local -JAL- cuando le sea asignado o requerido y siguiendo los lineamientos establecidos, dejando registro de la asistencia y/o participación ya sea presencial y/o virtual.	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo, acompañe en la actividad para esta obligación específica. 5.1 Se participo en el evento Presentacion publica CIA_1156_2024	5.1- 20250321 Acta evento Presentacion publica CIA_1156_2024.)	Carpeta Obligación N°5
6. Brindar respuestas a comunicaciones, requerimientos, solicitudes, derechos de petición que le sean asignadas, provenientes de entes de control, rama judicial, entidades públicas y/o privadas, comunidad en general dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma, así como efectuar el trámite de cierre en los sistemas de información ORFEO y otros establecidos para ello, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo no se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo No se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	No se registran evidencias
7. Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos realizando el seguimiento, verificación y constatación del cumplimiento de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidos, programación del PAC, entre otras, acorde con el Manual de Supervisión de Contratos y la normatividad vigente	Durante el presente mes no se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación No se registran evidencias	Durante el presente mes no se requirieron las actividades asociadas a la presente obligación	No se registran evidencias
8. Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	En el periodo comprendido entre el 11 al 31 de Marzo, se realizarán las siguientes actividades: 8.1- Se asistió a la inducción. 8.2 - Se asistió a reuniones de equipo en la dependencia de Salud Inclusiva. 8.4. En el marco de la semana de la juventud se realiza proceso de caracterización mediante llamadas telefónicas con el fin de contactar, a las personas en condición de discapacidad para acceder a la oferta laboral ofrecida por AXA Colpatria.	8.1 - 20250313 Acta de inducción 8.2 - 20250314 Acta reunión de equipo 8.3 - 20250320 Acta reunión de equipo 8.4- 20250326 Formato Excell - Llamadas realizadas	Carpeta Obligación N°8



INFORMACION ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE PENSION	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA ARL
	SANTAS	COLFONDOS	POSITIVA
FIRMAS			
DECLARACION 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: LUISA FERNANDA CHARRY Cédula: 1026259290.000 Cargo: PROFESIONAL
DECLARACION 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.  Solangy Castro Casallas REVISION DOCUMENTAL			SUPERVISOR/INTERVENTOR
			Firma:  Nombre: KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA Cargo: ALCALDESA DE KENNEDY
			APOYO A LA SUPERVISION
			Firma: Nombre: Cargo:

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

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

Ciudad y Fecha BOGOTÁ, 04 DE NOVIEMBRE DE 2025 CUENTA DE COBRO NUMERO 1

Yo LUISA FERNANDA CHARRY identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se encuentran clasificados de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

- 1 SI NO Pertenece a rentas de trabajo
- 2 SI NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

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

DEBE A:

LUISA FERNANDA CHARRY C.C. 1,026,259,290

Por Concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO Y COMUNITARIO;§

Periodo comprendido entre: 11 de marzo de 2025 y 31 de marzo de 2025

La suma de: \$ 3,666,667 TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Tipo de Contrato	Prestación de servicios	CPS-253-2025	Pago No	1	DE	7
Planilla Pago de seguridad Social No	<u>CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN</u>	y				
Periodo cotizado	<u>CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN</u>	y				
Fecha de pago	<u>CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN</u>	y				
Ingreso Base de Cotización	<u>1,466,667</u>	y				

IBC SEGÚN VALOR COBRADO 1,466,667

Favor Consignar en Banco: Davivienda Cuenta Ahorro No 007000771522

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios CPS-253-2025, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA: Luisa Fernanda Charry M.
DIRECCION: CALLE 65 A #68B - 22 TELEFONO: 3204929199
correo electronico contacto: luisaferadsalud@gmail.com



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de contrato CPS-253- de -2025

Yo, LUISA FERNANDA CHARRY, identificado con cédula de ciudadanía 1026259290.000 expedida en la ciudad de BOGOTA.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2024	X	
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.		X

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

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

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). 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 (04) días del mes de noviembre de 2025

Firma: Luisa Fernanda Charry M.

Nombre: LUISA FERNANDA CHARRY
C.C.: 1026259290.000 de BOGOTA

Dirección laboral: Transversal 78k # 41a - 04 sur
Teléfono laboral: 4481400 - 4511321

Correo electrónico institucional: luisaferadsalud@gmail.com

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **LUISA FERNANDA CHARRY** 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 11 de marzo de 2025 y el 31 de marzo de 2025

Contrato: No. CPS-253-2025
Tipo de Contrato: Contrato De Prestacion De Servicios
Contratista: Luisa Fernanda Charry
Cédula o NIT: C.C.: 1026259290.000 de BOGOTA

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO Y COMUNITARIO;

Plazo del contrato: 180 DÍA(S) CALENDARIO
Fecha iniciación: 11 DE MARZO DE 2025
Fecha de terminación: 10 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Prórroga(s): DIAS
Valor inicial pactado: \$ 33,000,000
Valor adicional: \$ 0
Valor a pagar: **(\$3,666,667) (No. 1 de pago: 7)**
Honorarios Mensuales: **\$5,500,000**
Numero de PIN: CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN
Periodo cotizado: CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma el (04) días del mes de noviembre de 2025



SOLANGY CASTRO CASALLAS
C.C.52872670.000
Revisión documental



KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA
ALCALDESA DE KENNEDY
Supervisor(ra)



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° CPS-253-2025 de 08/05/2024, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

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

FECHA DE SOLICITUD DÍA 4 MES NOVIEMBRE AÑO 2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
LUISA FERNANDA CHARRY MURCIA	1026259290	SALUD INCLUVA	3204929199

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
ALEX FABIAN BETANCOURT CHARRY	HUJO	15	NINGUNO
JUAN MANUEL BETANCOURT CHARRY	HUJO	13	NINGUNO

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

<input checked="" type="checkbox"/>	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, 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
<input type="checkbox"/>	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 factores físicos o psicológicos que 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 * Estándar y sus documentos emitidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal en dependencia de la profesión o actividad que se realiza en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea
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.

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 sólo 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

ALCALDÍA DE KENNEDY

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 253 de 2025

CONTRATISTA: CHARRY MURCIA LUISA FERNANDA

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO Y COMUNITARIO; ASÍ COMO CON LA ORGANIZACIÓN, PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ACCIONES PROPIAS DE SALUD INCLUSIVA EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY

VALOR: \$ 33.000.000,00

PLAZO: 6 mes(es)

El día 11 de MAR de 2025 se reunieron CHARRY MURCIA LUISA FERNANDA, mayor de edad, con C.C. No 1026259290, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 253 de 2025, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,

Luisa Fernanda Charry M.

CHARRY MURCIA LUISA FERNANDA

C.C. No 1026259290

Por la ALCALDÍA DE KENNEDY,

Karla Tathyanna Marin Ospina

KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1011217222	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	35734973									
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina													
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	50	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	A 1 H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía													
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.													

Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido									
BETANCOURT					CHARRY									
Nombre(s)														
JUAN MANUEL														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo		Factor RH							
Año	2	0	1	2	Me	M	A	R	Día	2	0	MASCULINO	0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)														
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ														

Tipo de documento, antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11304837 - 3

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
CHARRY MURCIA LUISA FERNANDA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.026.259.290	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BETANCOURT AGUIAR ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 93.348.343	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BETANCOURT AGUIAR ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93.348.825	<i>Alexander Betancourt</i>

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que aprueba
Año 2012 Mes MAR Día 21	JULIO S. GARCIA MONTES

Reconocimiento paterno	Nombre y firma de funcionario ante el cual se hace el reconocimiento
<i>Alexander Betancourt</i> Firma	JULIO S. GARCIA MONTES

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS No. 98 FOLIO 211. ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.
Se expide a solicitud de Alexander Betancourt A.
Bogotá D.C. 30 MAR. 2012



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

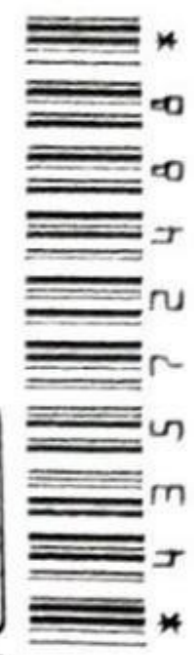


ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Indicativo
Serial

43572488

NUIP
1031424402



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A X E

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del Inscrito

Primer Apellido: BETANCOURT
Segundo Apellido: CHARRY
Nombre(s): ALEX FABIAN

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes 7 Día 13
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVE

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 51893955-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHARRY MURCIA LUISA FERNANDA
Documento de identificación (Clase y número): CC 1026259290 DE BOGOTA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BETANCOURT AGUIAR ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número): CC 93348825 DE BOGOTA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BETANCOURT AGUIAR ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número): CC 93348825 DE BOGOTA
Firma: *Alexander Aguiar Betancourt*

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: _____
Documento de identificación (Clase y número): _____
Firma: _____

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: _____
Documento de identificación (Clase y número): _____
Firma: _____

Fecha de inscripción: Año 2009 Mes JUL Día 15
Nombre y firma del funcionario que autoriza: GUILLERMO CHAVEZ CRISTIANCHO

Reconocimiento paterno: Firma *Alexander Aguiar Betancourt*
Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento: GUILLERMO CHAVEZ CRISTIANCHO

ESPACIO PARA NOTAS
INSCRITO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 141 FOLIO 32

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Luisa Fernanda Charry Murcia, identificado(a) con CC número 1026259290, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026259290
NOMBRES Y APELLIDOS	Luisa Fernanda Charry Murcia
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/09/1987
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	163 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900559859 RIMAB SAS Desde 24/09/2023 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 1026259290 LUISA FERNANDA
CHARRY MURCIA Desde 11/09/2023 - Vigente



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

30/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUISA FERNANDA CHARRY MURCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1026259290**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **007000771522**
Fecha de apertura **22/07/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUISA FERNANDA CHARRY MURCIA, identificado(a) con C.C 1.026.259.290, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantías NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 30 de marzo de 2025.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUISA FERNANDA CHARRY MURCIA** identificado con **CC No. 1026259290**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - NI. 899999061	Fecha de inicio de cobertura: 05/03/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 04/03/2025 Fecha fin de Contrato: 12/09/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013709364.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
MÁS información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:05/01/2024

CONTRIBUYENTE

C.C. 1026259290

LUISA FERNANDA CHARRY MURCIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección:	TV 69 B 9 D 90 IN 6 AP 302	Teléfonos:	3204929199
Dirección electrónica:	luisafer1320@gmail.com	Ciudad:	BOGOTÁ DC
		Municipio:	BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Inscripción:	30/07/2019	Soporte Inscripción:	-

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	PREFERENCIAL ICA	Fecha desde:	20/11/2006
Matrícula Mercantil:	NO	Fecha inicio de Actividades:	20/11/2006	Fecha de cese de Actividades:	NO
				No. Establecimientos:	0

Actividad 1: 74901 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultor-a profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 3: 86221 - Actividades de la práctica odontológica, sin internación (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



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° CPS-253-2025 de 08/05/2024, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

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

FECHA DE SOLICITUD DÍA 1 MES ABRIL AÑO 2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
LUISA FERNANDA CHARRY MURCIA	1026259290	SALUD INCLUVA	3204929199

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
ALEX FABIAN BETANCOURT CHARRY	HUJO	15	NINGUNO
JUAN MANUEL BETANCOURT CHARRY	HUJO	13	NINGUNO

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, 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
 Factores físicos o psicológicos que 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
* Establecer y validar el diagnóstico de dependencia por factores físicos o psicológicos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea
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.

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 sólo 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