CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: NÚMERO INFORME: PERÍODO: «MES DÍA» - «DÍA» DE «AÑO»	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	«DESCRIBA EL TIPO DE CONTRATO »
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	«NÚMERO DE CONTRATO Y FECHA DE SUSCIPCIÓN»
NOMBRE DEL CONTRATISTA	«NOMBRE COMPLETO»
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	«NÚMERO»
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	«NOMBRE CESIONARIO(A) SI APLICA»
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	« NÚMERO CESIONARIO(A) SI APLICA»
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	«PLAZO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO INICIALMENTE»
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	«RELACIONE EL VALOR INICIAL ESTABLECIDO EN EL CONTRATO»
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	«NÚMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL»
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	«RELACIONE EL VALOR QUE CORRESPONDE PARA EL PERÍODO»
FECHA ACTA DE INICIO	«DÍA, MES Y AÑO»
PRÓRROGA[1]	«PLAZO DE LA PRÓRROGA»
ADICIÓN	«VALOR DE LA ADICIÓN»
SUSPENSIÓN	«PLAZO DE LA SUSPENSIÓN»
REINICIO	«DÍA, MES Y AÑO»
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	«FECHA DE INICIO DE INICIO DE LA CESIÓN»
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	«DISMINUCION DE PLAZO»
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	«REDUCCIÓN DE VALOR»
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	«RELACIONE EL VALOR INICIAL ESTABLECIDO EN EL CONTRATO MÁS LAS ADICIONES Y MENOS EL VALOR REDUCIDO CUANDO APLIQUE»
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	«RELACIONE EL PLAZO INICIAL ESTABLECIDO EN EL CONTRATO MÁS LAS PRÓRROGAS Y MENOS LA DISMINUCION DEL PLAZO CUANDO APLIQUE»
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	«DÍA, MES Y AÑO»
OBJETO DEL CONTRATO	«TRANSCRIBIR EL OBJETO CONTRACTUAL»

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	**ARL**	**PENSION**
«NOMBRE DE ENTIDAD DE EPS»	«NOMBRE DE ENTIDAD DE ARL»	«NOMBRE DE ENTIDAD DE PENSION»
NÚMERO DE PLANILLA	**PERIODO COTIZADO**	
«NÚMERO DE PLANILLA PRESENTADA»	«20XX - XX»	

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

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA #	
<<DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN>>	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
«DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBEN DAR CUENTA DE MANERA CLARA Y PRECISA DEL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN. »	«INDICAR EL MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL»
«Nota: Incluya los campos necesarios de acuerdo al número de obligaciones del contrato»	

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 efectivamente desarrolladas en el período 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. Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago. Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "…los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido…", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)	**CONTRATISTA** **Firma:** **Nombre:** **Cédula:**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato. Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre:** **Cargo:** **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre:** **Cargo:** **Firma:**

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 _____

CUENTA DE COBRO NUMERO _____

Yo _____ **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** [X] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

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

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY

NIT 899.999.061-9

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

DEBE A:

_____ C.C. _____

Por Concepto de:

Periodo comprendido entre: _____ y _____

La suma de : _____

Tipo de Contrato _____ Pago No _____ DE _____

Planilla Pago de seguridad Social No _____ y _____

Periodo cotizado _____ y _____

Fecha de pago _____ y _____

Ingreso Base de Cotización _____ y

IBC SEGÚN VALOR COBRADO

Favor Consignar en Banco : _____ Cuenta _____ No _____

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 **{{ numero_contrato }}**, 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: _____

DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

correo electronico contacto: _____

ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			

{{ pantallazo_orfeo }}

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato

Yo, , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. expedida en la ciudad de

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		
Soy Declarante de Renta año 2024		
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.		

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):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		
DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	**SI**	**NO**
¿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)		
¿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)		

Se expide y firma a los ( ) días del mes de del .

Firma:

Nombre:
C.C: de
Dirección de correspondencia:
Teléfono de contacto:
Correo electrónico institucional:
Correo electrónico personal:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista {{ nombre_completo }} 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 {{ periodo_dia_inicio }} de {{ periodo_mes_inicio }} de 20{{ periodo_anio_inicio_dd }} y el {{ periodo_dia_fin }} de {{ periodo_mes_fin }} de 20{{ periodo_anio_fin_dd }}.

Contrato:

Tipo de Contrato:

Contratista:

Cédula o NIT:

Objeto:

Plazo del contrato:

Fecha iniciación:

Fecha de terminación:

Prórroga(s):

Valor inicial pactado: $

Valor adicional: $

Valor a pagar: ${{ valor_periodo_certificado }} (No. {{ numero_informe }} de pago: {{ numero_total_cuentas }})

Número de PIN:

Periodo cotizado:

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 {{ dia_expedicion }} días del mes de {{ mes_expedicion}} de ({{ año_expedicion }})

_____

{{ nombre_completo_apoyo_supervisor }}
C.C.. {{ cedula_apoyo_supervisor }}
{{ contexto_supervision }}

_____

{{ nombre_completo_supervisor }}
{{ cargo_supervisor }}
Supervisora