

 SECRETARÍA DE GOBIERNO	FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE		Código: GCO-GCI-F148 Versión: 03 Vigencia: 21 de diciembre de 2022 Caso HOLA: 282943		
FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE					
ART 383 ☒					
CONTRATO No.	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	369-2024	FECHA:	31/12/2024	
CONTRATISTA:	NINI JOHANA HERNADEZ HERNANDEZ		NIT. o C.C.	53043856	
PERIODO:	Del	1/12/2024	Al	31/12/2024	
PAGO No.	4	Documento No.	Cuenta cobro	4	
Responsable IVA ☐		Pensionado ☐		Dependientes ☒	
				Declarante de renta ☒	
PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	51117901	5111790317			5.940.000
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	3.492.630	0,00%	0
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243625		-	0,00%	0
Reteica	243627	2436270100	5.250.840	0,966%	50.723
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
TOTAL DESCUENTOS					50.723
NETO A PAGAR	240101	2401010100			5.889.277
 LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ Contadora F.D.L RUU E					
Elaboró: Bibiana Bocanegra - Profesional de apoyo FDLRUU			PLANILLA MES DEL INGRESO ☒		
Aprobó:			DICIEMBRE		
Objeto del Contrato:					
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024					
Rubro Presupuesta: 023011605570000001697					
OBSERVACIONES:					
Se liquida según la certificación de cumplimiento del supervisor y el apoyo a la supervisión, de acuerdo con autorización del ordenador del gasto con memorando No. 20246820026533 de fecha 26/12/2024 y cuenta radicada en aplicativo ORFEO remitida por la Profesional Especializada 222 grado 24 Area de Gestión Adminsitrativa y Financiera.					
Base para pago de salud, pensión y ARL		2.376.000			
Aporte obligatorio para salud - 12,5%		297.000			
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP		380.160			
Aporte obligatorio ARL		12.000			
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN		689.160			

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024

Doctora

Diana Carolina Sánchez Castillo
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: **4 Pago – CPS N° 369 – 2024**

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios N°**369** de 2024, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: EL 01 de diciembre Hasta el 31 de diciembre 2024

1. Cuenta de cobro
2. Informe de actividades
3. Planilla seguridad social del mes de **diciembre** de 2024.
4. Certificado de calidad tributaria
5. Deducción de dependientes

Agradezco su amable atención y colaboración.


NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ
CC N° 53.043.856 de Bogotá

Dirección de residencia: Calle 22C No.28-20

Celular personal: 3002526349

Correo electrónico personal: njhh8405@gmail.com

Fecha de nacimiento: 05 marzo de 1984

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 04 PERÍODO: 01 DE DIC AL 31 DE DIC DEL 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>PRESTACION DE SERVICIOS</u>
No. CONTRATO Y FECHA	<u>369 del 2024</u>
NOMBRE DEL CONTRATISTA	<u>NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	<u>53.043.856 DE BOGOTA</u>
PLAZO DE EJECUCIÓN	<u>4 MESES</u>
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	<u>23.760.000</u>
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	<u>5.940.000</u>
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	«O23011605570000001697» Gestión pública transparente y que rinde cuentas a la ciudadanía en Rafael Uribe Uribe
FECHA ACTA DE INICIO	24 DE SEPT DE 2024
PRÓRROGA ¹	N.A.
ADICIÓN	N.A.
SUSPENSIÓN	N.A.
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	23 DE ENERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024

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 RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1.Elaborar diagnósticos/documentos y/o informes entre otros relacionados con los Proyectos de Inversión y temas que se relacionen con el Plan de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe requeridos por el Alcalde local de Rafael Uribe Uribe dando estricto cumplimiento al plazo requerido	Actividad 1: Se valida y se digitaliza los formatos de comodato nuevos y el formato de modificación para el proyecto 1689 (Juntas de acción comunal)	Actividad 1: Formatos de comodatos	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
2.Realizar el seguimiento a la ejecución de los recursos y metas del Plan de Desarrollo Local y/o Proyectos de inversión asignados por el supervisor (a) del Fondo de Desarrollo Rafael Uribe Uribe para lo cual deberá presentar mensualmente informes de gestión.	Actividad 1: Se mesas de trabajo con el representante de Atenea para coordinar y gestionar las actividades que darán soporte al informe operativo de gestión de los proyectos a cargo.	Actividad 1: Informe de Operativo de gestion	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
3. Elaborar los estudios previos, anexos técnicos, estudio del sector, matriz de riesgos, estudio de mercado entre otros en su parte técnica durante la fase precontractual de los procesos derivados de (los) Proyectos de Inversión donde sea designado por el supervisor (a) del Fondo de Desarrollo Rafael Uribe Uribe	Actividad 1: No se desarrolló esa actividad	No se desarrolló esa actividad	No se desarrolló esa actividad

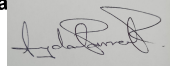
ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
4. Verificar, calificar y evaluar técnicamente las propuestas para los procesos de contratación que le sean asignados por el supervisor (a) del contrato.	NO INICIA ESTA ACTIVIDAD	NO INICIA ESTA ACTIVIDAD	NO INICIA ESTA ACTIVIDAD
5. Participar en las reuniones, citaciones de la junta de administración Local, comités de contratación, comités técnicos de seguimiento, reuniones, actividades de la administración local, distrital, capacitaciones, entre otros donde sea designado (a) por el supervisor del contrato.	Actividad 1: Se realiza reunión de seguimiento a los documentos solicitados por el área de contratación para la firma de los comodatos de las juntas de acción comunal Semana 1 dic 2024. Actividad 2: Se realiza reunión de seguimiento a los documentos solicitados por el área de contratación para la firma de los comodatos de las juntas de acción comunal Semana 2 dic 2024. Actividad 3: Se realiza reunión con la líder de planeación para realizar la trazabilidad en el proceso de la firma de los comodatos y entrega de los elementos a cada una de las juntas de acción comunal descritas en el proyecto 1689. Actividad 4: Se realiza reunión con la líder de planeación y todo el equipo de profesionales para la articulación de los procesos del área de planeación Actividad 5: Se programa reunión para el 16 de diciembre Referentes de educación superior y otros actores claves con injerencia en el POAI y/o Plan de Desarrollo Actividad 6: Se realiza asistencia a la sesión citada por la junta administradora local, para exponer sobre el presupuesto de esta vigencia referente al proyecto de educación. Actividad 7: Se realiza asistencia a la reunión con la secretaria de gobierno para revisar y articular el plan de mejoramiento.	Actividad 1: Acta de reunion Actividad 2: Acta de reunion Actividad 3: Acta de reunion Actividad 4: Acta de reunión	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
6. Elaborar las respuestas a las solicitudes y/o requerimientos de diferente índole que por competencia le sean asignados por el supervisor (a) del contrato dando cumplimiento estricto a los tiempos que exige la norma.	Para este mes no se realiza asignación de requerimientos o solicitudes	Para este mes no se realiza asignación de requerimientos o solicitudes	Para este mes no se realiza asignación de requerimientos o solicitudes
7. Realizar el seguimiento técnico, administrativo, financiero y contable de los procesos contractuales donde sea designado como apoyo a la supervisión en el marco de lo previsto en el manual de supervisión de la Secretaría Distrital de Gobierno.	Actividad 1: Se realiza seguimiento a los convenios e informes CIA -307-2022, CIA -306-2023 Y CIA -233-2021.	Actividad 1: Acta de reunión	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
8. Entregar, mensualmente informe de actividades, adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas.	El presente informe es insumo de evidencia y entrega de documentos que se generaron en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	Informe y evidencias soportes	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
9. Apoyar las demás actividades que se generen en la ejecución del contrato y que le sean asignadas por el alcalde Local y/o el supervisor (a) del contrato y que surjan de la Naturaleza del Contrato"	Actividad 1: Se asiste a la alcaldía para atención al usuario Actividad 2: Se realiza reunión los profesionales de la secretaria de gobierno para la validación de la iniciativas y comodatos de las juntas de acción comunal.	Actividad 1: Soporte acta de reunión Actividad 2: Acta de reunión	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
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
	COMPENSAR	POSITIVA ARL	COLFONDOS
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: NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ Cédula: 53.043.856
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: Diana Carolina Sánchez Castillo SUPERVISORA/ ALCALDESA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE Firma: 
			APOYO A LA SUPERVISION (CUANDO APLIQUE) Nombre: LEYDA FENIVAR PARRA ROMERO Cargo: Profesional Universitaria-Planeación/ Apoyo a la supervisión Firma: 



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

Bogotá D.C 31 de diciembre del 2024

Cuenta de Cobro No 04

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:

NINI JOHANA HERNANDEZ HERNANDEZ

C.C 53.043.856

LA SUMA DE: CINCO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL PESOS
SON: \$ 5.940.000 M/CTE

POR CONCEPTO DE: Aactividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 369 del 2024 durante el periodo comprendido entre el **01** al **31** de diciembre de 2024.

Código actividad económica principal RUT: 7020
No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA

CERTIFICO QUE: Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, así:

Mes de aporte: **diciembre 2024**

Numero de planilla: 82337860

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$12.500
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	\$297.000
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	COLFONDOS	\$380.200
CCF (Caja de Compensación)	COMPENSAR	\$47.600

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 701056823 del Banco Itaú.

Atentamente,


NINI JOHANA HERNANDEZ HERNANDEZ
C.C. 53.043.856 de Bogotá
Dirección de residencia: Calle 22C No.28-20
Celular personal: 3002526349
Njhh8405@gmail.com

Número de Contrato 369 de 2024

Yo, Nini Johanna Hernandez Hernandez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 53.043.856 expedida en la ciudad de Bogotá.

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? (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

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)		X
¿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 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	X	

Se expide y firma a los (31) días del mes de diciembre del 2024.

Firma: 

Nombre: Nini Johanna Hernandez Hernandez

C.C: 53.043856

Dirección de correspondencia: calle 22c 28-20

Teléfono de contacto: 3002526349

Correo electrónico institucional: nini.hernandez@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: njhh8405@gmail.com



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

OLICITUD 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° 369 de 2024, que suscribí con la ALCALDIA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE, 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 31 MES DICIEMBRE AÑO 2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA
NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ

CÉDULA N°
53043856

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)
ALCADIA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

TELÉFONO
3002526349

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
JUAN ESTEBAN HERNANDEZ HERNANDEZ	HIJO	13	0

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 ó 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 VERDÍCA 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53043856	NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ	CLL 27 SUR No 12 -57 CASA 70	3115172736	njh8405@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	09/12/2024	82337860	\$737.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	297.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		0	

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Voluntario Aportante	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	900227940-6	380.200	0	0	0	0	0	0	0	297.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		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
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.500	No. Autorización	Valor	Sistemas		12.500	0	0	12.500	Saldo a Favor		125	12.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	47.600	0	0	47.600	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	297.000		297.000
Pensión	1	380.200		380.200
Riesgos Laborales	1	12.500		12.500
CCF	1	47.600		47.600
ESAP	0	0		0
ICBF	0	0		0
MEN	0	0		0
SENA	0	0		0
TOTALES	4	737.300		737.300

			DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	53043856	NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ	CLL 27 SUR No 12 -57 CASA 70	3115172736	njh8405@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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)	CANTIDAD		
				EMPLEADOS	UPC	
				1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR		
2024-12	2024-12	I	09/12/2024	82337860	\$737.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres										Cotizante	Básico	Extemporáneo	IBS	RCT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	LMA	APE	WCT	IRL	Cod. AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensión de subsistencia	Cód. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
1	CC	53043856	HERNANDEZ HERNADEZ NINI JOHANNA										59	0	N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Nini Johanna Hernandez Hernandez 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 diciembre hasta el 31 de diciembre de 2024.

Contrato:	No. 369-2024
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios
Contratista:	Nini Johanna Hernandez Hernandez
Cédula o NIT	No. 53043856
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024
Plazo del contrato:	4 meses
Fecha iniciación:	24-09-2024
Fecha de terminación:	23-01-2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	\$23.760.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	\$5.940.000 (No. de pago: 4)
Numero de PIN:	82337860
Periodo cotizado.	diciembre 2024

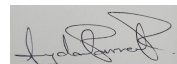
Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23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

En constancia se firma a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Interventor o Supervisor,



DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
C.C. No. 52.883.374 de Bogotá
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe



LEYDA FENIVAR PARRA ROMERO
C.C. No 51.916.696
Apoyo a la supervisión