

 SECRETARÍA DE GOBIERNO		FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE		Código: GCO-GCI-F148 Versión: 03 Vigencia: 21 de diciembre de 2022 Caso HOLLA: 282943	
FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE					
				ART 383	☒
CONTRATO No.		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	369-2024	FECHA:	5/11/2024
CONTRATISTA:		NINI JOHANA HERNADEZ HERNANDEZ		NIT. o C.C.	53.043.856
PERIODO:		Del	24/09/2024	Al	31/10/2024
PAGO No.		1 Y 2		Documento No.	Cuenta cobro 1 Y 2
Responsable IVA ☐		Pensionado ☐		Dependientes ☒	Declarante de renta ☒
PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	51117901	5111790317			7.326.000
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	4.945.050	19,00%	90.036
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243625		-	0,00%	0
Reteica	243627	2436270100	7.326.000	0,966%	70.769
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
TOTAL DESCUENTOS					160.805
NETO A PAGAR	240101	2401010100			7.165.195
 LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ Contadora F.D.L RUU (E)					
Elaboró: Leidy Diaz - Profesional de apoyo FDLRUU			PLANILLA MES DEL INGRESO		☐
Aprobó:			AGOSTO		SEPTIEMBRE
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:		O23011605570000001697			
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. 20246820023883 de fecha 1/11/2024 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		2.930.400			
Aporte obligatorio para salud - 12,5%		366.300			
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP		468.864			
Aporte obligatorio ARL		15.000			
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN		850.164			

Bogotá D.C., 01 de noviembre de 2024

Doctora

Diana Carolina Sánchez Castillo

ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Calle 32 Sur No. 23 - 62

Ciudad

Asunto: **1 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 24 de septiembre Hasta el 30 de septiembre 2024

1. Cuenta de cobro
2. Certificación bancaria
3. RUT
4. RIT
5. Acta de inicio
6. Informe de actividades
7. Planilla seguridad social del mes de agosto de 2024.
8. Certificado de calidad tributaria
9. Deducción de dependientes
10. Relación de contratos
11. Certificado de salud
12. Encuesta de salud

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

Bogotá D.C 01 de noviembre del 2024

Cuenta de Cobro No 01

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: UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS.
SON: \$ 1.386.000 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 **24** al **30** de septiembre 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: **Agosto 2024**

Numero de planilla: 79155360

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 8.000
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	\$ 190.000
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	COLFONDOS	\$ 243.200
CCF (Caja de Compensación)	COMPENSAR	\$30.400

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

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 01 PERÍODO: 24 DE SEPT AL 30 DE SEPT 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>1.386.000</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 ESPECÍFICAS	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 realiza la construcción del formato de comodato nuevos y el formato de modificación para el proyecto 1689 (Juntas de acción comunal)	Actividad 1: Soporte acta de reunion	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.	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato
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	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato

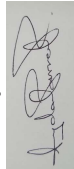
ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	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 se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato
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.	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato
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.	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato
7. Realizar el seguimiento técnico, administrativo, financiero y contable de los	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
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.			
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 realiza reunión con el líder de Planeación Fredy Márquez, para realizar la asignación de los proyectos a apoyar, proyecto 1689, construcción documentos comodatos y modificación de comodatos de las juntas de acción comunal.	Actividad 1: Soporte acta de reunión	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
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

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
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	
		SUPERVISOR/INTERVENTOR Nombre: Diana Carolina Sánchez Castillo SUPERVISORA/ ALCALDESA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE Firma: 	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		APOYO A LA SUPERVISION (CUANDO APLIQUE) Nombre: LEYDA FENIVAR PARRA ROMERO Cargo: Profesional Universitaria-Planeación/ Apoyo a la supervisión Firma: 	

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.	SI

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	
2024-08	2024-08	I	09/08/2024	79155360	\$471.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	190.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		0	
									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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	900227940-6	243.200	0	0	0	0	0	0	0	190.000	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	8.000	No. Autorización	Valor	Sistemas	Valores	8.000	0	0	8.000	Saldo a Favor	80	80	8.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Aporte	Valor Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.400	0	0	30.400	1

TOTALES PARA FISCALES

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	190.000	190.000	
Pensión	1	243.200	243.200	
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000	
CCF	1	30.400	30.400	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	471.600	471.600	471.600

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.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)		NÚMERO PLANILLA	
PERIODO SALUD		2024-08		2024-08		09/08/2024		79155360	
								TOTAL A PAGAR	
								\$471.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres							Cotizante	Subtipo	Colom. extranjero	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SIN	IDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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 CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	53043856	HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA							59	0	N																231001	1.520.000	243.200	0	0	0	0	0	EPS008	1.520.000	190.000	14-23	1.520.000	1	8.000	CCF24	1.520.000	30.400	0	0	0	0	0	0

Bogotá D.C., 10 de septiembre de 2024

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ identificado con CC N° 53043856, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 29-06-2006 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta De Nómina	701056823	Activo	09/05/2018

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 10 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Servicio

ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 369 de 2024

CONTRATISTA: HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA

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

VALOR: \$ 23.760.000,00

PLAZO: 4 mes(es)

El día 24 de SEP de 2024 se reunieron HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA, mayor de edad, con C.C. No 53043856, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 369 de 2024, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

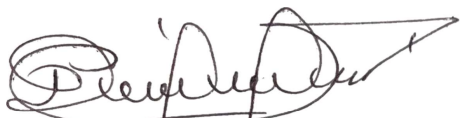
Contratista,



HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA

C.C. No 53043856

Por la ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE,



DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

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 (01) días del mes de noviembre 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



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

Fecha:13/09/2024

CONTRIBUYENTE

C.C. 53043856

NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ

INFORMACIÓN BÁSICA			
Dirección:	CL 27 SUR 12 57 CA 70	Teléfonos:	4094990
Dirección electrónica:	holajohanna2002@hotmail.	Ciudad:	BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción:	28/02/2018	Municipio:	BOGOTÁ, D.C.
		Soporte Inscripción:	-
PERFIL TRIBUTARIO			
Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	PREFERENCIAL ICA
Matrícula Mercantil:	NO	Fecha de inicio de Actividades:	01/01/2018
		Fecha de cese de Actividades:	NO
		No. Establecimientos:	0
Actividad 1:	8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.		
Actividad 2:			
Actividad 3:			
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

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14897696582			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 53043856				6. DV 5		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 53043856		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido HERNANDEZ		32. Segundo apellido HERNANDEZ		33. Primer nombre NINI		34. Otros nombres JOHANNA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CL 26 B 11 57 SUR BRR SAN JOSE SUR							
42. Correo electrónico holajohanna2002@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 4094990		45. Teléfono 2 3002526349			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7020	47. Fecha inicio actividad 20220201	48. Código 6209	49. Fecha inicio actividad 20170102	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2023 - 02 - 21 / 11 : 39: 13			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



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 1 MES NOVIEMBRE 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 o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:
* Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

☐ Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:
* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

FIRMA DEL CONTRATISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1011208165

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51054642

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número 50

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A 1 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

HERNANDEZ

Segundo Apellido

HERNANDEZ

Nombre(s)

JUAN ESTEBAN

Fecha de nacimiento

Año 2011

Mes ENE

Día 13

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

10530905 - 1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 53.043.856

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ROMERO WILMER EFRAIN

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 80.200.477

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ROMERO WILMER EFRAIN

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 80.200.477

Firma

Wilmer Hernandez Romero

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 2011

Mes ENE

Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GABRIEL URIBE ROLDAN

Nombre y firma

Bogotá D. C., 1 de noviembre de 2024

Señores:

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO
ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.
Artículo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 53043856, me permito informar que actualmente SI_____ NO_X____, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 1 de noviembre de 2024.



Firma:

Nombre: Nini Johanna Hernandez

C.C: 53.043.856

Dirección de Residencia: Calle 22c No28-20

Teléfono de contacto: 3002526349

Correo electrónico institucional:

Correo electrónico de notificación: njhh8405@gmail.com

FORMULARIO DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:
Nombres: NINI JOHANNA
Apellidos: HERNANDEZ HERNANDEZ
Documento de identidad: <u>53043856</u>
Celular: <u>3002526349</u>
Número y contacto en caso de emergencia: <u>3138672278 ANA DELFA HERNANDEZ HERNANDEZ</u>
Correo electrónico: <u>_njhh8405@gmail.com</u>

Se debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales, su condición de salud actual y pasada, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.

	PREGUNTA	Si	No
1	¿Refiere algún tipo de comorbilidad o enfermedad de base?		X
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?		X
4	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta?		X
5	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco, ¿angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?		X
6	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar alta en la sangre?		X
7	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, ¿falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?		X
8	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?		X
9	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?		X
10	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, ¿otro?		X
11	¿Sufre o ha sufrido cáncer?		X
12	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, ¿otra?		X
14	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?		X
16	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?		X
17	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?		X
18	¿Algún familiar cercano (¿padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?		X
19	¿Cuál es su peso?		70
20	¿Cuál es su estatura?		1.60
	OTROS EVENTOS Y HABITOS		
1	¿Se le ha reconocido por EPS o ALR alguna enfermedad Laboral?		X
	Describe:		
3	¿Ha sufrido algún accidente laboral?		X
	Describe:		
4	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)		X
5	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?		X
7	¿Sufre de alguna discapacidad Física y o mental?		X
	Describe:		

Firma del Contratista:

Fecha:

[Firma manuscrita]



La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

[Guardar mi respuesta](#)

[Enviar otra respuesta](#)

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:

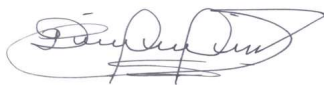
periodo comprendido entre el 24 de septiembre hasta el 30 de septiembre de 2024.

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:	\$1.386.000 (No. de pago: 1)
Numero de PIN:	79155360
Periodo cotizado.	Agosto 2024

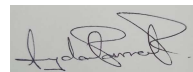
Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23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

En constancia se firma al primer (01) día del mes de noviembre 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

Bogotá D.C., 01 de noviembre de 2024

Doctora

Diana Carolina Sánchez Castillo
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: **2 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 octubre Hasta el 31 de octubre 2024

1. Cuenta de cobro
2. Informe de actividades
3. Planilla seguridad social del mes de **septiembre** 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

Bogotá D.C 01 de noviembre del 2024

Cuenta de Cobro No 02

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: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 369 del 2024 durante el periodo comprendido entre el **01** al **31** de octubre 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: **septiembre 2024**

Numero de planilla: 80127494
81145539

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 12.600
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	\$297.900
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	COLFONDOS	\$381.300
CCF (Caja de Compensación)	COMPENSAR	\$47.600

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

Atentamente,


NINI JOHANNA HERNANDEZ HERNANDEZ
C.C. 53.043.856 de Bogotá
Dirección de residencia: Calle 22C No.28-20
Celular personal: 3002526349
Njh8405@gmail.com

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 02 PERÍODO: 01 DE OCT AL 31 DE OCT 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 prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	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 realiza la construcción del formato 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 realiza seguimiento a los comodatos firmados por las juntas de acción comunal firmados en el año 2021, se analiza los valores de cada uno de los elementos entregados con sus respectivos valores	Actividad 1: Formatos de comodatos	No se realiza por el inicio del contrato
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: Se realiza la construcción del formato de estudios previos para la firma de los comodatos para las juntas de acción comunal que no se le ha entregado los elementos	No se realiza por el inicio del contrato	No se realiza por el inicio del contrato

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.	Actividad 1: Aun no me ha sido asignada esta actividad	Aun no me ha sido asignada esta actividad	Aun no me ha sido asignada 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 con el equipo de planeación para realizar a la formulación de los proyectos de la vigencia 2024. Actividad 2: Se realiza reunión con la asesora de planeación para validar la modificación de los comodatos de las juntas de acción comunal para la vigencia 2024. Actividad 3: Se realiza reunión con la profesional designada la cual me realiza la entrega de la documentación necesaria, anexos técnicos y demás documentos para el montaje de los comodatos Actividad 4: Se realiza reunión con la profesional designada del área de almacén para verificar la modificación de los comodatos y validación de los elementos que se encuentran en cada de las actas	Actividad 1: Acta de reunion Actividad 2: Acta de reunion Actividad 3: Acta de reunion Actividad 4: Acta de reunion	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
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	No se aun asignado proyectos asignados para la supervisión	No se aun asignado proyectos asignados para la supervisión	No se aun asignado proyectos asignados para la supervisión

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
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.			
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 realiza el acompañamiento en la feria comercial realizada en la alcaldía RUU	Actividad 1: Soporte acta de reunión	En la carpeta del expediente del contrato y/o carpeta de evidencias
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

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
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 Cédula: 53.043.856	
		SUPERVISOR/INTERVENTOR Nombre: Diana Carolina Sánchez Castillo SUPERVISORA/ ALCALDESA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE Firma: 	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		APOYO A LA SUPERVISION (CUANDO APLIQUE) Nombre: LEYDA FENIVAR PARRA ROMERO Cargo: Profesional Universitaria-Planeación/ Apoyo a la supervisión Firma: 	

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				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
80127494	09/09/2024				EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD						TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09				81145539	\$268.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	107.000	0		0	12	1.000	0
									108.000
									1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
231001	Colfondos	800227940-6	137.000	

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.500	

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	17.200	12	200	17.400	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	107.000	108.000	
Pensión	1	137.000	138.200	
Riesgos Laborales	1	4.500	4.600	
CCF	1	17.200	17.400	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	265.700	268.200	

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				
UNICA	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
2024-09	2024-09				80127494	\$471.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	190.000	0		0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	243.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	30.400	0	0	0	0	30.400	1

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
SENA			
0	0	0	0
ICBF			
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	190.000	190.000
Pensión	1	243.200	243.200
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	1	30.400	30.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	471.600	471.600

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	njh8402@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
SI						

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD
801217454	09/09/2024			EMPLEADOS
				UPC
				1
				0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	N	23/10/2024	\$288.200
				81145539

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Cotizante	Sueldo	Extempor	Cópol. extemp	RIS	RET	TDE	TAE	TGP	TAP	VSP	VST	SLN	LMA	AEP	VCT	IRL	Cód. AFP	IBCF AFP	Cotización	Voluntar o Afiliado	Fondo pensional de solidaridad	Cód. EPS	IBCF EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	53043866	HERNANDEZ HERNADEZ NINI JOHANNA	59	0	N							X							231001	2.376.000	380.200	0	0	0	EPS008	2.376.000	297.000	1-4-23	2.376.000	1	12.500	OC24	2.376.000	47.600	0	0	0	0

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				
UNICA	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
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2024-09		2024-09	80127494	\$471.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	CC	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIN	KDE	LMK	VLA	VEI	VEI	IB	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensión de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	53043856	HERNANDEZ HERNANDEZ NINI JOHANNA	59	0	N								X								231001	1.520.000	243.200	0	0	0	0	0	EPS008	1.520.000	190.000	14-23	1.520.000	1	8.000	CCF24	1.520.000	30.400	0	0	0	0	0

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 (01) días del mes de noviembre 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 1 MES NOVIEMBRE 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.

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.

X

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

X

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

X

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

X

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 allegado nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

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:

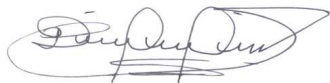
periodo comprendido entre el 01 de octubre hasta el 31 de octubre de 2024.

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: 2)
Numero de PIN:	80127494 81145539
Periodo cotizado.	Septiembre 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 al primer (01) día del mes de noviembre 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