



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 6 de Abril de 2026 NÚMERO INFORME: 1 PERÍODO: 28 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2026		
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CPS-632-2026 del 26 de Enero de 2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN CAMILO VARGAS PINZON	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C. 1018426824	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	240 DÍA(S) CALENDARIO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	24.800.000 VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	O23011745992024255101000	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	310.000 TRESCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE	
FECHA ACTA DE INICIO	28 de Enero de 2026	
PRÓRROGA		
ADICIÓN	N/A	
SUSPENSIÓN	N/A	
REINICIO	N/A	
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A	
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A	
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	24.800.000 VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	240 DÍA(S) CALENDARIO	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	27 de Septiembre de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS PESADOS DEL PARQUE AUTOMOTOR DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	PROTECCIÓN S.A.
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
84234240	ENERO	



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN 1	
Realizar la inspección preoperacional diaria del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor y consignar dicha inspección en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Gobierno	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
para este periodo no se desarrollo esta actividad	para este periodo no se desarrollo esta actividad
OBLIGACIÓN 2	
Cumplir a cabalidad con los lineamientos de: control de alcohol y drogas, horas de conducción y descanso, regulación de la velocidad, uso obligatorio de cinturones de seguridad, uso de dispositivos móviles, accidentes automovilísticos, sanciones, mantenimiento obligatorio de vehículos y capacitación.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
para este periodo no se dearrollo esta actividad	para este periodo no se desarrollo esta actividad
OBLIGACIÓN 3	
Realizar la conducción del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor y consignar dicha actividad en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Gobierno	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Realizar la conducción de vehículos livianos del parque automotor Del Fondo de Desarrollo Local de Kennedy, según programación, necesidad y actividad que determine el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato	OBLIGACION 3
OBLIGACIÓN 4	
Realizar el control de consumo de combustible del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor y consignar dicha actividad en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Gobierno.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

para este periodo no se desarrollo esta actividad	para este periodo no se dearrollo esta actividad
OBLIGACIÓN 5	
Garantizar el buen uso y manejo del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor, así como de cada uno de los elementos que hacen parte integral del inventario del vehículo.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
para este periodo no se desarrollo esta actividad	para este periodo no se desarrollo esta actividad
OBLIGACIÓN 6	
Garantizar el estado estético y de limpieza (interior-exterior) del vehículo (liviano o pesado) asignado, previo al inicio de la programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Garantizar el estado estético y de limpieza	OBLIGACION 6
OBLIGACIÓN 7	
Apoyar las emergencias que surjan en la localidad y las cuales necesitan del apoyo de vehículo (liviano o pesado).	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
para este periodo no se desarrollo esta actividad	para este periodo no se desarrollo esta actividad
OBLIGACIÓN 8	
Cumplir con los itinerarios y servicios que, en virtud del objeto del contrato, le sean requeridos registrando tipo de trabajo realizado, horas de trabajo efectivas, horas de recorrido y horas en reparación o mantenimiento.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

para este periodo no se desarrollo esta actividad	para este periodo no se desarrollo esta actividad
OBLIGACIÓN 9	
Las demás obligaciones que se encuentren relacionadas directamente con el objeto contractual o que determine el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
consultar periódica del estado de comparendos mediante plataformas como l simit	OBLIGACION 9



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido...", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: JUAN CAMILO VARGAS PINZON
Cédula: 1018426824

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nombre: JHON GENER SANTOFIMIO RIVERA

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO I Título de Postgrado
25 meses o más de experiencia profesional

Firma:

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 1 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-632-2026, por un valor de \$ 310.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 28 de Enero de 2026 al 31 de Enero de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto las certificaciones de afiliación al Sistema de Seguridad Social ~~84234240~~ correspondiente a Enero para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "... los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido...", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición.

Cordialmente,



JUAN CAMILO VARGAS PINZON

C.C. 1018426824

Correo electrónico: jcvargaspinzon04@gmail.com

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL			
Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.			
Ciudad y Fecha	Bogota D.C, 6 de Abril de 2026	CUENTA DE COBRO NUMERO	1
Yo JUAN CAMILO VARGAS PINZON identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se encuentran clasificados de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:			
1	SI ☒	NO ☐	Pertenecen a rentas de trabajo
2	SI ☐	NO ☒	he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad
EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY NIT 899.999.061-9 Transversal 78k # 41a - 04 sur Teléfono 4481400 -4511321			
DEBE A:			
JUAN CAMILO VARGAS PINZON		C.C.	1018426824
Por Concepto de: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS PESADOS DEL PARQUE AUTOMOTOR DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY			
Periodo comprendido entre: 28 de Enero de 2026 y 31 de Enero de 2026			
La suma de :		310.000	TRESCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE
Tipo de Contrato		CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Pag o No
Planilla Pago de seguridad Social		CPS-632-2026	1 DE 9
No		84234240	y
Periodo cotizado		Enero	y
Fecha de pago		06/03/2026	y
Ingreso Base de Cotización		175.090	y
IBC SEGÚN VALOR COBRADO		175.090	
Favor Consignar en		Banco : NU BANK	Cuenta AHORROS No 18781380
Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios CPS-632-2026, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.			
FIRMA: 			
DIRECCION:		Carrera 78 H # 35 B 31 SUR	TELEFONO: 3161555522
correo electronico contacto:		jcvargaspinzon04@gmail.com	



RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

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

[illegible]

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-632-2026

Yo, JUAN CAMILO VARGAS PINZON , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1018426824 expedida en la ciudad de .

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	NO
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	NO

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

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

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	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)	NO
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	NO

Se expide y firma a los (Y) días del mes de ! ¢ del 2026.

Firma:



Nombre: JUAN CAMILO VARGAS PINZON

C.C: 1018426824 de

Dirección de correspondencia: Carrera 78 H # 35 B 31 SUR

Teléfono de contacto: 3161555522

Correo electrónico institucional: jcvargaspinzon04@gmail.com

Correo electrónico personal: jcvargaspinzon04@gmail.com

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-632-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-632-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y JUAN CAMILO VARGAS PINZON, identificado(a) con el número de documento C.C. 1018426824 , certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 1 presentado para el período comprendido entre el 28 de Enero de 2026 y el 31 de Enero de 2026.

Así mismo, certifico que el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$310.000

En constancia se firma a los Y días del mes de ! ¢≤©de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY
(ENCARGADO)
SUPERVISOR



JHON GENER SANTORÓMIO RIVERA
APOYO A LA SUPERVISIÓN



Certificado de Cuenta

Nu Compañía de Financiamiento S.A., NIT 901.658.107-2

Nombre

Juan Camilo Vargas Pinzon

Identificación

Cédula de ciudadanía: 1018426824

Cuenta de ahorros

Número de cuenta: 18781380

Estado

Activa

Cliente desde

24 de octubre de 2025

Esta certificación fue expedida el 16 de enero de 2026 a solicitud del titular.

Nu Compañía de Financiamiento S.A. asegura la autenticidad de la información aquí contenida y el uso correcto de acuerdo al reglamento de la Cuenta de Ahorros Nu.

Equipo Nu.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

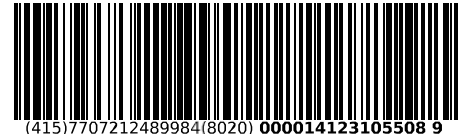
Nu Compañía de Financiamiento S.A.



2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141231055089



(415)7707212489984(8020) 000014123105508 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 8 4 2 6 8 2 4

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 8 4 2 6 8 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

VARGAS

32. Segundo apellido

PINZON

33. Primer nombre

JUAN

34. Otros nombres

CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 13 A 19 44 SUR

42. Correo electrónico

jcvargaspinzon04@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 5 2 3 2 9 9 6 9

45. Teléfono 2

3 2 1 6 8 1 7 5 0 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

4 9 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8 0 8 2 1

Actividad secundaria

48. Código

4 9 2 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 8 0 8 2 1

Otras actividades

50. Código

4 9 2 3

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VARGAS PINZON JUAN CAMILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE



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

Fecha:22/01/2026

CONTRIBUYENTE

C.C. 1018426824

JUAN CAMILO VARGAS PINZON

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 13A 19 44 SUR Teléfonos: 3052329969
Dirección electrónica: jcvargaspinzon04@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 21/08/2008
Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 21/08/2008 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 4921 - Transporte de pasajeros
Actividad 2: 4922 - Transporte mixto
Actividad 3: 4923 - Transporte de carga por carretera
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

Fecha creación reporte 2026-03-06, 07:53:53 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 84234240
Periodo Cotización 202601 Periodo Servicio 202601

PAGADA 2026-03-06 19:07:48.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CAMILO VARGAS PINZON				
Documento	CC 1018426824			Dirección	CL 6 SUR #73 A - 70
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3161555522
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal				Identificación	
				Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018426824		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00				VARGAS PINZON JUAN CAMILO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales										
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP				Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF				
X	X												0	3	3	0	0						\$ 1.750.905	230201		16 %	\$ 175.091	\$ 28.100	\$ 0	\$ 0	EPS002		12,5 %	\$ 175.091	\$ 21.900	\$ 0	NIN-AR		0,000 %	\$ 0	\$ 0	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 28.100	\$ 0	\$ 0	\$ 21.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

ALCALDÍA DE KENNEDY

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 632 de 2026

CONTRATISTA: JUAN CAMILO VARGAS PINZON

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS PESADOS DEL PARQUE AUTOMOTOR DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY.

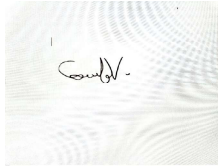
VALOR: \$ 24800000

PLAZO: 8 mes(es)

El día 28 de enero de 2026 se reunieron JUAN CAMILO VARGAS PINZON, mayor de edad, con C.C. No 1018426824, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) **KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA**, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 632 de 2026, con el fin de iniciar el contrato.

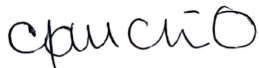
Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,



JUAN CAMILO VARGAS PINZON
C.C. 1018426824

Por la ALCALDÍA DE KENNEDY,



KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA

SUPERVISOR



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JUA CAMILO VARGAS PINZON identificado con CC. 1018426824 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	Secretaría Distrital de Gobierno		
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999061	Nit descentralizado	6

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/29	Fecha inicio contrato	2026/01/28
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/10/09
Riesgo	5	Código actividad económica	5842302 - Orden publico y actividades de seguridad, incluye administracion y funcionamiento de servicios regulares y auxiliares de los
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/10/09	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28012026N1018426824A4486688**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

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

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

