Bogotá D.C 01 de septiembre de 2022

Doctor
EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO
ALCALDE LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: Séptimo pago **- C.P.S- 240-2022**

Respetado Doctor:

Por medio de la presente remito el informe del contrato de Prestación de Servicios No. 240 del 2022, para trámite de pago:

1. Informe de Actividades realizadas en el periodo comprendido entre el **1 al 31 de agosto de 2022.**
2. Planilla de pago de seguridad social y soporte de pago del mes de **agosto** del 2022.
3. Soporte de pago de seguridad social
4. Pantallazo Orfeo
5. Declaración juramentada
6. Certificación calidad tributaria
7. Solicitud de Deducción de la base de la retención en la fuente por concepto de Dependientes
8. Cuenta de cobro

Agradezco su amable atención y colaboración.



MAGDA ISABEL NIETO CASTRO
C.C: 52.415.797
Dirección laboral: Calle 32 Sur No. 23 - 62
Teléfono laboral: 36600077
Correo electrónico: magdai_26@hotmail.com

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME DE ACTIVIDADES No 7 PERÍODO DEL 1 AL 31 DE AGOSTO 2022	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	CONTRATO NÚMERO CPS-240-2022 DEL 1 DE FEBRERO DE 2022
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAGDA ISABEL NIETO CASTRO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	52.415.797 de Bogotá
PLAZO DE EJECUCIÓN	ONCE (11) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$59.400.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 5.400.000 (M/CTE)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	02-30-11-6055-7000000-1697
FECHA ACTA DE INICIO	1 DE FEBRERO DE 2022
PRÓRROGAS	N/A
ADICIÓN[1]	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE DICIEMBRE DE 2022
OBJETO DEL CONTRATO	“PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FORMULACIÒN, EJECUCION, Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSION EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024”.

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

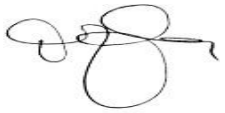
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1.Elaborar diagnósticos/ documentos y/o informes entre otros relacionados con los Proyectos de Inversión y temas que se relaciones con el Plan de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe requeridos por el Alcalde local de Rafael Urie Uribe dando estricto cumplimiento al plazo requerido	**Actividad 1:** Se asistió a reunión de equipo para precisar el seguimiento de la formulación de cada uno de los proyectos con el alcalde. **Actividad 2.** Se realizó diligenciamiento a información para comité intersectorial **Actividad 3.** Se envía información para respuesta petición senadora. **Actividad 4.** Se envía información de seguimiento de contratos	Identificación estado de los proyectos para comité de contratación. Entrega de información en la Matriz Entrega de información en la Matriz. Entrega de información en la Matriz	Acta de reunión Seguimiento equipo de planeación. agosto 16 2022. Anexa al presente informe. Envió de matriz vía correo electrónico agosto 1 2022. Doc. exel anexo al presente informe. Envió de matriz vía correo electrónico agosto 12 2022. Doc exel anexo al presente informe. Envió de matriz vía correo electrónico agosto 17 2022. Doc exel anexo al presente informe
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 reunión con profesional del proyecto 1681 para realizar entrega de incentivos pendientes a vendedores informales	Entrega física de elementos pendientes a beneficiarios del proyecto 1681 Vendedores informales.	Acta de reunión 12 de agosto de 2022 Fotos de la actividad. Anexa al presente informe

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 análisis de estudios previos anexo técnico, estudio del sector, matriz de riesgos, estudio de mercado de refrigerios y de incentivos para el proyecto 1681.	Informe precontractual de estudios previos, anexo técnico, estudio del sector y matriz de riesgo	Estudio completo enviado el 22 de agosto por correo al líder del área según lo solicitado. Anexo al presente informe
4. Verificar, calificar y evaluar técnicamente las propuestas para los procesos de contratación que le sean asignados por el supervisor (a) del contrato.	En este periodo no fueron asignada actividades para desarrollar la obligación	N/A	N/A
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 participo en reunión citada por participación con el concejo de vendedores informales A**ctividad 2:** Se participo en laboratorio cívico de vendedores informales.	Conocer la problemática en la zona frente al hospital en Diana Turbay para organizar a los vendedores informales. Realización de iniciativas para presupuestos participativos 2022.	Acta de reunión agosto 12- 2022 Anexa al presente informe Formato de Carnaval de ideas reunión presencial agosto 12 2022 Anexa al presente informe Fotos de la actividad

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.	En este periodo no fueron asignada actividades para desarrollar la obligación	N/A	N/A
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 la liquidación del contrato.	Cuentas por pagar se encuentra en su respectiva revisión.	Se envía información vía correo electrónico solicitada por el área de cuentas por pagar. Correo electrónico anexo al presente informe.
8.Entregar, mensualmente informe de actividades, adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas	**Actividad 1:** Se realizó entrega de documentación adecuada teniendo en cuenta los lineamientos de los diferentes formatos para el informe de ejecución del contrato.	Informe de actividades realizadas en el mes de agosto	Documentos requeridos para la cuenta de cobro. Se encuentran fiscos anexos al presente informe.
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 apoyo a las personas que deseaban radicar iniciativas autónomas.	Acompañamiento a diligenciar formato de iniciativas autónomas .	Asistencia a la actividad presencial agosto 18 2022 Registro fotográfico Anexa al presente informe

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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**
	EPS COMPENSAR	**POSITIVA**	**COLPENSIONES**

FIRMAS	
	CONTRATISTA
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.	**Firma:**  **Nombre: MAGDA ISABEL NIETO CASTRO** **Cédula: 52.415.797. Bta**
	SUPERVISOR/INTERVENTOR
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.	**Nombre: EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO** **Cargo: Alcalde Local Rafael Uribe Uribe** **Firma:**
	APOYO A LA SUPERVISIÓN
	Nombre: JESUS BAYRO MUÑOZ FELIX **Firma:**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52415797	MAGDA ISABEL NIETO CASTRO	CALLE 137 N. 53-37	3225426	magdai_26@hotmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	22/08/2022	61201133	$670.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	270.000	0		0		0	0	0	0	270.000	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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	345.600	0	0	0	0	0	0		345.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	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
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.300				11.300	0	0	11.300			113	11.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	43.200	0	0	43.200	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	270.000	270.000
Pensión	1	345.600	345.600
Riesgos Laborales	1	11.300	11.300
CCF	1	43.200	43.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	670.100	670.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52415797	MAGDA ISABEL NIETO CASTRO		CALLE 137 N. 53-37	3225426	magdai_26@hotmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	22/08/2022	61201133	$670.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52415797	NIETO CASTRO MAGDA ISABEL	59	0			N																	25-14	2.160.000	345.600	0	0	0	0	EPS008	2.160.000	270.000	14-23	2.160.000	1	11.300	CCF22	2.160.000	43.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Confirmación Transacción PSE - CUS 1612887847

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Dom 21/08/2022 11:31 AM

Para: magdai_26@hotmail.com <magdai_26@hotmail.com>



¡Hola, Magda Isabel Nieto Castro

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1612887847
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 670.100
Fecha de Transacción: 21/08/2022

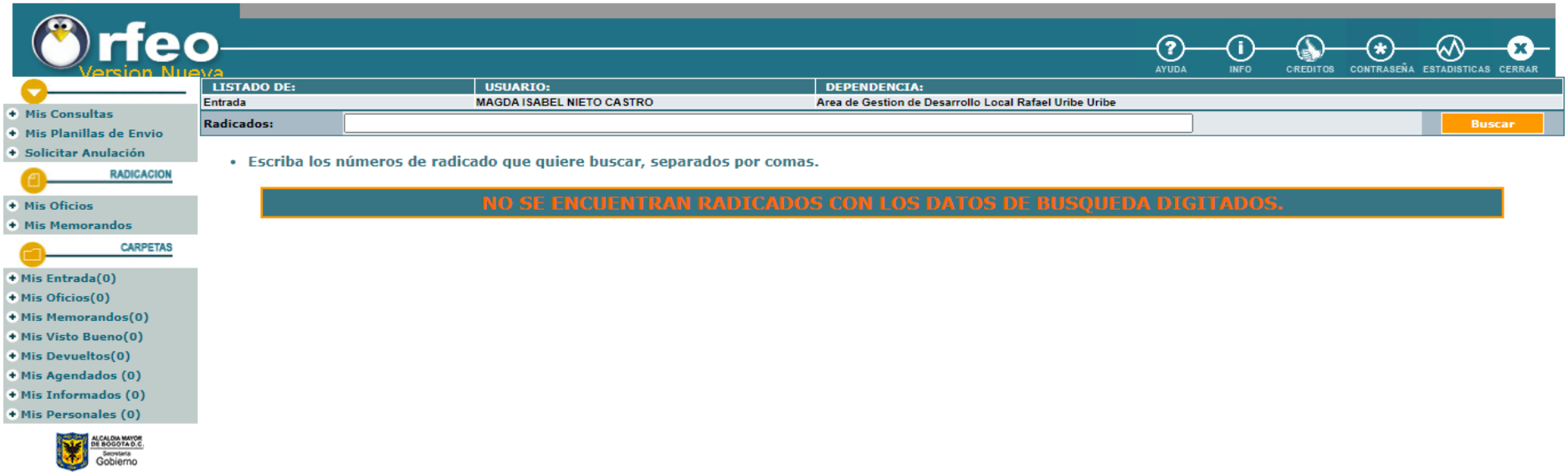
Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.





TransaccionesACH @ACH_Informa



Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Bogotá D.C. 1 de septiembre de 2022

DECLARACION JURAMENTADA

YO, MAGDA ISABEL NIETO CASTRO identificado con cedula de ciudadanía No. 52.415.797 expedida en la ciudad de Bogotá, mediante contrato de Prestación de Servicios No. 240 de 2022, suscrito con el Fondo Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, declaro y manifiesto bajo la gravedad de juramento que mi actividad económica en el RUT corresponde a:

Código actividad económica principal: 7490

Y en aportes parafiscales, me encuentro afiliado y aporté a:

- SALUD: El 12.5% por valor de ($270.000) a la entidad EPS COMPENSAR.
- PENSIÓN: EL 16% por valor de ($ 345.600) a la entidad COLPENSIONES.
- ARL: El 0.522% por valor de ($ 11.300) a la entidad POSITIVA.

Aportes correspondientes al periodo del mes de agosto

Planilla Numero 61201133

Para constancia, en Bogotá D.C. a los (01) días del mes de septiembre del 2022.



_____-

Nombre: MAGDA ISABEL NIETO CASTRO
C.C: 52.415.797 de Bogotá
Dirección residencia: Calle 137 No. 53 - 37
Celular personal: 3132372014
Correo electrónico: magdai_26@hotmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato 240 de 2022

Yo, Magda Isabel Nieto Castro, identificado con cédula de ciudadanía No. 52.415.797. Expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**X**
Soy Declarante de Renta año 2021	**X**	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		**X**
Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica	**X**	

Nota: En cumplimiento del Decreto 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 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016.

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

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		**X**
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **2021** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2021** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 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) treinta y un días del mes de agosto del 2022.

Firma: _____

Nombre: Magda Isabel Nieto Castro
C.C: 52.415.797. de Bogotá
Dirección de correspondencia: Calle 137 No 53-37
Teléfono de contacto: 3132372014
Correo electrónico institucional: magda.nieto@gobiernobogota.gov.co y correo electrónico personal magdai_26@hotmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	**SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**	Código: GCO-GCI-F137 Versión: 03 Vigencia: 07 de febrero de 2022 Caso HOLA: 225687

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 240 de 2022, que suscribí con la ALCALDÍA LOCAL DE 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	9	AÑO	2022

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
MAGDA ISABEL NIETO CASTRO	52.415.797	PLANEACIÓN	3660007

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
LINA MARÍA VALDÉS NIETO	HIJA	14 AÑOS	$ 0,00

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.
	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por
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 o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos
Requisito:	
*	Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
*	Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
*	Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos
	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



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

Bogotá D.C 01 de septiembre del 2022

Cuenta de Cobro No 07

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

DEBE A:

MAGDA ISABEL NIETO CASTRO
C.C.52.415.797

LA SUMA DE: Cinco millones cuatrocientos mil pesos M/CTE ($5.400.000).

POR CONCEPTO DE: Pago correspondiente del contrato de Prestación de Servicios No. 240 de 2022, periodo del **1 de agosto de 2022 hasta el 31 de agosto de 2022.**

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FORMULACIÒN, EJECUCION, Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSION EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024".

CUENTA CORRIENTE BANCO DE BOGOTÁ No 08602610-1

Atentamente,



_____

Nombre: MAGDA ISABEL NIETO CASTRO
C.C: 52.415.797
Dirección laboral: Calle 32 Sur No. 23 - 62
Teléfono laboral: 36600077
Correo electrónico: magdai_26@hotmail.com