

FECHA 31 de mayo de 2023

Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda
CRA 93 SUR N. 54 - 28
3028559834
ipdetalles@outlook.com

CUENTA DE COBRO No. 3

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES

NIT 899.999.061-9

DEBE A:

Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda

CEDULA DE CIUDADANIA No. 8566738

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

LA SUMA DE **\$ 2.484.000**

SON : PESOS DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL

Por concepto de :

SERVICIOS GENERADOS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE
SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 982023, GESTION QUE SE LLEVO A
CABO ENTRE EL
1 de mayo de 2023 Y EL 31 de mayo de 2023

Fecha inicio de la suspensión: 0/01/1900
Fecha fin de la suspensión:(reinicio) 0/01/1900

CIU:(ACTIVIDAD RUT) 8299

Yo: Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda, Identificado como aparece al
pie de mi firma, CERTIFICO QUE:

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de
seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del
contrato materia del pago sujeto a retención. (Decreto Nacional 2271 del 18 de
junio de 2009, al reglamentar parcialmente el Estatuto Tributario Nacional, en su
artículo 4º, parágrafo 1º; concepto SHD 1195-2009).

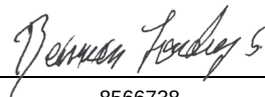
LA INFORMACION CONTENIDA EN LA PRESENTE CERTIFICACION ES
VERAZ Y SE PUEDE COMPROBAR EN CUALQUIER MOMENTO, PARA LO
CUAL OTORGO LAS AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES.

Favor consignar a la cuenta de

AHORROS	228251310
BANCO	BANCO DE BOGOTA S.A

FIRMA CONTRATISTA

C.C.



8566738



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

Alcaldía Local de los Mártires

INFORME		MENSUAL		Alcaldía Local de los Mártires		DE ACTIVIDADES No 3	
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS							
PERÍODO:		1 de mayo de 2023		AL		31 de mayo de 2023	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO							
TIPO DE CONTRATO				PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION			
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION				98-2023		17 de marzo de 2023	
NOMBRE DEL CONTRATISTA				Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda			
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN				C.C. 8566738			
PLAZO DE EJECUCIÓN				7		MES(ES) 0 DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO				17.388.000,00			
VALOR DEL PERIODO DE COBRO				2.484.000,00			
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)				O23011605570000002099			
FECHA ACTA DE INICIO				22 de marzo de 2023			
PRÓRROGA				N/A			
ADICIÓN				N/A			
SUSPENSIÓN				N/A			
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y				21 de octubre de 2023			
OBJETO DEL CONTRATO)		Prestar sus servicios como personal de apoyo en la conducción de los vehículos livianos o pesados de propiedad del Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires.					
OBLIGACIONES ESPECIFICAS		ACTIVIDAD		PRODUCTO		MEDIO DE VERIFICACION	
1	1 . Apoyar la conducción de los vehículos de la Alcaldía Local de acuerdo con las instrucciones impartidas por el apoyo a la supervisión designado para verificar la ejecución del contrato.	Se ha apoyado la conducción de los vehículos de la ALM, de acuerdo con las instrucciones impartidas.		Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.		Anexo 1. Planilla Mayo	
2	Velar por el uso de los vehículos en actividades propias de la administración local, así como verificar el inventario y estado de los vehículos asignados.	Se ha velado por el uso de los vehículos en actividades.		Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.		Anexo 1. Planilla Mayo	
3	Cumplir con las actividades programadas de acuerdo con el cronograma establecido por el supervisor del contrato.	Se han cumplido con las actividades programadas.		Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.		Anexo 1. Planilla Mayo	
4	Cumplir con las normas de tránsito vigentes y verificar mensualmente el estado de partes del vehículo asignado.	Se ha cumplido con las normas de tránsito vigentes y se verifica mensualmente el estado de partes del vehículo asignado.		Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.		Anexo 1. Planilla Mayo	
5	Informar oportunamente al apoyo a la supervisión del Contrato cualquier irregularidad que se presente durante el desarrollo de las actividades, así como verificar el estado en que se encuentren los vehículos para iniciar las acciones correctivas y/o preventivas del caso.	A la fecha de ejecución del presente contrato no se ha requerido el cumplimiento de la presente obligación.		Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.		Anexo 1. Planilla Mayo	
6	Apoyar y acompañar al apoyo a la supervisión en la verificación del servicio prestado sobre el mantenimiento de los vehículos.	Se ha realizado el apoyo y acompañamiento para la verificación del servicio prestado.		Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.		Anexo 1. Planilla Mayo	
7	Retirar y guardar los vehículos en el lugar asignado para tal fin por el apoyo a la supervisión del contrato.	Se retiran y guardan los vehículos en el lugar asignado para ello.		Se retiran y guardan los vehículos en el lugar asignado para ello.		Se retiran y guardan los vehículos en el lugar asignado para ello.	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría de Gobierno

Alcaldía Local de los Martires

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 3			
FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES PARA TODO TIPO DE CONTRATOS			
PERÍODO: 1 de mayo de 2023 AL 31 de mayo de 2023			
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO			
TIPO DE CONTRATO		PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	
No. CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCION		98-2023 17 de marzo de 2023	
8 . Verificar que el suministro de combustible de los vehículos se realice en las estaciones de servicio autorizadas.	Se atienden las demás actividades asignadas por parte del supervisor del contrato.	Se atienden las demás actividades asignadas por parte del supervisor del contrato.	De manera presencial y via Whasstapp.
9 . Suministrar oportunamente al apoyo a la supervisión del contrato, la información que le permita verificar el cumplimiento del mismo y realizar todas las gestiones necesarias que se deriven para el cumplimiento del presente contrato.	Se atienden las demás actividades asignadas por parte del supervisor del contrato.	Se informa al supervisor del contrato cada una de las actividades desarrolladas, al igual que las necesidades del vehículo asignado.	De manera presencial y via Whasstapp.
10 . Las demás que le asigne el Alcalde Local y que surjan de la naturaleza del contrato.	Se atienden las demás actividades asignadas por parte del supervisor del contrato.	Planilla descripción de trabajo Del 1 al 31 de mayo 2023, con firma de cada uno de los contratistas y funcionarios, solicitantes del traslado.	Anexo 1. Planilla Mayo
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD NUEVA EPS	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL POSITIVA	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE SKADIA
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. 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.		FIRMAS	
		CONTRATISTA	
		Nombre:	Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda
		Cargo:	CONTRATISTA
		Firma:	
		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
		Nombre:	JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN
		Cargo:	ALCALDE LOCAL
		Firma:	
		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
Nombre:	ALBERTO MARIO OROZCO RAVELO		
Cargo:	APOYO A LA SUPERVISIÓN		
Firma:			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
						1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2023-04	2023-04	I	02/06/2023	67233124	\$339.700	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	23	4.000	0	149.000	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
230901	Old Mutual	800253055-2	185.600	0	0	0	0	23	5.100	0	190.700	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	145.000	149.000
Pensión	1	185.600	190.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	330.600	339.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	8566738	BEIMAN RAFAEL LORDUY SEPULVEDA		KR 93 NUM 54 28 SUR TR 1 AP 1811	3028559834	jpdetalles@outlook.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-04	2023-04	I	02/06/2023	67233124	\$339.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	8566738	LORDUY SEPULVEDA BEIMAN RAFAEL	3	0		N																		230901	1.160.000	185.600	0	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

ALCALDÍA LOCAL DE MARTÍNEZ										FONDO DE DESARROLLO LOCAL																																																																																									
RECIBO A SATISFACCIÓN PERSONA NATURAL No. 3										PARCIAL X										FINAL																																																																															
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 de mayo de 2023										Y EL 31 de mayo de 2023																																																																																									
CLASE DE CONTRATO										PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION										No. 98										VIGENCIA 2023																																																																					
1. RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA :										Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda										C.C. No. 8.566.738																																																																															
DIRECCIÓN:										CRA 93 SUR N. 54 - 28										TELEFONO 3028559834										CORREO ELECTRONICO jpdetalles@outlook.com																																																																					
CEDENTE (Si hubo cesion, escriba el nombre de quien lo cedio)										0										INFORMACION BANCARIA																																																																															
NIT O C.C. CONTRATISTA QUE CEDIO EL CONTRATO										0										ENTIDAD BANCARIA BANCO DE BOGOTA S.A										CLASE DE CUENTA AHORROS										No. CUENTA 228251310																																																											
NOMBRE BENEFICIARIO ENDOSO										NIT O C.C.										VALOR A ENDOSAR										ENTIDAD BANCARIA										CLASE DE CUENTA										No. CUENTA																																																	
0										0										0										0										0										0																																																	
2. OBJETO DEL CONTRATO:										Prestar sus servicios como personal de apoyo en la conducción de los vehículos livianos o pesados de propiedad del Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires.																																																																																									
FORMA DE PAGO										A). - El primer pago se cancelará mes vencido, en proporción a los días ejecutados desde su fecha de inicio y hasta el último día del mes. B). - pagos mensuales vencidos de dos millones cuarentos ochenta y cuatro mil pesos (\$ 2.484.000) previa presentación de los siguientes documentos: a.- Informe de actividades mensual debidamente firmado por el supervisor de contrato, el apoyo a la supervisión (si aplica) y el contratista. b.- Certificado de cumplimiento expedido por el supervisor del contrato. c).- Copia de la planilla de pago de los aportes al régimen de seguridad social integral en proporción al pago devengado en el mes anterior, de acuerdo con lo consagrado en el Decreto 1273 de 2018. Nota: Para efectos del último pago, deberá entregar "Formato de Control de Retiro", debidamente diligenciado y firmado por quienes corresponda. Nota: Para la celebración de contratos de venta de bienes y/o de prestación de servicios gravados por cuantía individual y superior a 3.500 UVT, las personas que cumplan con las condiciones señaladas en el párrafo 3 del artículo 437 del Estatuto Tributario deberán inscribirse previamente como responsables del impuesto sobre las ventas (IVA), formalidad que deberá exigirse por el contratista para la procedencia de costos y deducciones.																																																																																									
VALOR INICIAL										-										17.388.000										FECHAS										EJECUCION EN MES (ES)										DIAS																																																	
VALOR ADICION 1										-										-										FECHA DE INICIO										22/03/2023										PLAZO INICIAL										7										0																													
VALOR ADICION 2										-										-										TERMINACION INICIAL										21/10/2023																																																											
VALOR ADICION 3										-										-										PRORROGAS																																																																					
VALOR ADICION 4										-										-										FECHA PRORROGA 1										N/A										N/A										0										0																													
VALOR TOTAL DEL CONTRATO Y/O CONVENIO(APORTES FOLPA)										-										17.388.000										FECHA PRORROGA 2										N/A										N/A										0										0																													
																														FECHA PRORROGA 3										N/A										N/A										0										0																													
																														FECHA PRORROGA 4										N/A										N/A										0										0																													
																														TERMINACION CON PRORROGAS Y/O SUSPENSION (N/A)										21/10/2023										TOTAL EN MESES O DIAS										7										0																													
																														FECHA CESION 1										N/A										FECHA SUSPENSION 1										N/A										FECHA REINICIO 1										N/A																			
																														FECHA CESION 2										N/A										FECHA SUSPENSION 2										N/A										FECHA REINICIO 2										N/A																			
																														FECHA CESION 3										N/A										FECHA SUSPENSION 3										N/A										FECHA REINICIO 3										N/A																			
																														FECHA CESION 4										N/A										FECHA SUSPENSION 4										N/A										FECHA REINICIO 4										N/A																			
3. INFORMACION DEL INTERVENTOR, SUPERVISOR O APOYO A LA SUPERVISION										NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL APOYO A LA SUPERVISION ALBERTO MARIO OROZCO RAVELO										VINCULACION										CONTRATISTA										NUMERO Y AÑO CONTRATO DE INTERVENTORIA O SUPERVISION 002-2023																																																											
4. CONTROL PAGO APORTES SEGURIDAD SOCIAL										BASE INGRESO COTIZACION (BIC-SEGUN PLANILLA OPERADOR) 1.160.000										OK BASE CORRECTA										Bajo la gravedad de juramento el Contratista con su firma en el informe de actividades certifica que los recibos de pago de aportes a salud, pensión y ARL anexos a este documento corresponden a ingresos provenientes del contrato materia de este pago sujeto a Retención en la fuente y Reteica. (ART. 23 LEY 1150/2007-RESOLUCION 1195/2009 S.H.D.)																																																																					
										VALOR APORTE A SALUD 145.000																																																																																									
										VALOR APORTE A PENSION 185.600																																																																																									
										VALOR APORTE A R.L. 330.600																																																																																									
										TOTAL APORTES SEGURIDAD SOCIAL PARA ESTE PAGO																																																																																									
5. INFORMACION PARA EL PAGO										ASPECTOS FINANCIEROS PAGO PARCIAL Y/O FINAL										INFORMACION PRESUPUESTAL										GIROS																																																																					
										VALOR TOTAL CONTRATADO 17.388.000										No. REGISTRO PPTAL										VALOR REGISTRO PPTAL										ACUMULADO ANTERIOR										VALOR A AFECTAR EN ESTE CORTE										ACUMULADO GIROS										SALDO REGISTRO PPTAL																													
										ACUMULADO CORTE PARCIALES 3.229.200																																																																																									
										SALDO POR EJECUTAR 14.158.800																																																																																									
										EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE (SUB-TOTAL ENTE DE IVA) 2.484.000																																																																																									
										IVA -										48										02301160557000002099										17.388.000										3.229.200										2.484.000										5.713.200										11.674.800																			
										VALOR TOTAL EJECUCION FISICA PRESENTE CORTE 2.484.000																																																																																									
										MENOS: AMORTIZACION ANTICIPO -																																																																																									
										MENOS: RETENCION EN GARANTIA -																																																																																									
										MENOS: OTROS DESCUENTOS X V.R.NO RECONO -																																																																																									
										VALOR AUTORIZADO A PAGAR 2.484.000																																																																																									
										NETO A PAG																																																																																									



ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda 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

1 de mayo de 2023

31 de mayo de 2023

Contrato:

No. 98 de 2023

Tipo de Contrato

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION

Contratista:

Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda

Cédula o NIT

8.566.738

Objeto:

Prestar sus servicios como personal de apoyo en la conducción de los vehículos livianos o pesados de propiedad del Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires.

Plazo del Contrato:

7 MES (ES)

Fecha Iniciación:

22/03/2023

Fecha de Terminación:

21/10/2023

Prórroga(s)

N/A

N/A

N/A

N/A

Valor Inicial Pactado:

17.388.000

Valor Adicional:

0

Valor a Pagar:

2.484.000

No. Pago

3

Suspensión(inicio/fin)

Número de PIN:

67233124 /

Periodo Cotizado.

Mes

abril /

año

2023

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

En constancia se firma a

2 de junio de 2023

Interventor o Supervisor

ALBERTO MARIO BRÓZCO RAVELO

CC. No. 114092699

de

Barranquilla

JUAN RACHIF CABARCAS RAHMAN
ALCALDE LOCAL

C.C. No.

102656011

de

Bogotá

**RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES
ESTATALES - APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020**

Bogotá D. C.,

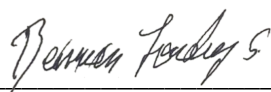
Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, **Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda**, identificado con cédula de ciudadanía número 8.566.738 de Soledad, 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	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, al 01 de junio de 2023.

Firma: 
Nombre: **Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda**
C.C.: 8.566.738 de Soledad
Teléfono de contacto: 3028559834
Correo electrónico institucional: N/A

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato FDLM-CPS-AG-098-2023 (81904)

Yo, **Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.566.738 expedida en la ciudad de Soledad.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Soy Declarante de Renta año 2022		X
Debo presentar Declaración de Ingresos de vigencia anterior por contratos superiores a 3500 UVT		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 por cuenta y riesgo del empleador o contratante	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
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		X
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (<u>Anexar soporte de pago de aporte mensual</u>)		X
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (<u>diferentes a los obligatorios</u> - <u>Anexar soporte de pago de aporte mensual</u>)		X
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: 2022 (<u>Anexar certificación en la primera cuenta</u>)		X
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2022 (<u>Anexar certificación en la primera cuenta</u>)		X



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Certifico 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 al 01 de junio de 2023.

Firma: 

Nombre: **Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda**

C.C: 8.566.738 de Soledad

Dirección laboral: AV CALLE 19 No. 28 – 80 PISO 6 TP

Teléfono laboral: 3759531

Correo electrónico institucional: N/A



SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

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 apoyo a la gestión N° FDLM-CPS-AG-098-2023 (81904)), que suscribí con la FONDO DESARROLLO LOCAL MARTIRES, 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).

FECHA DE SOLICITUD DÍA 1 MES 6 AÑO 2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
Beiman Rafael Lorduy Sepúlveda	8.566.738	SOLEDAD	3028559834

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
CAROLINA NICOLE LORDUY	HIJA	17	N/A
JUAN PABLO LORDUY	HIJO	9	N/A
PIERY ANGELLY BERDUGO SOLANO	CONYUGE	36	N/A

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

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

Código: GCO-GCIFI37

Versión 02

Vigencia desde: 03 de febrero de 2020

Caso HOLLA 89232

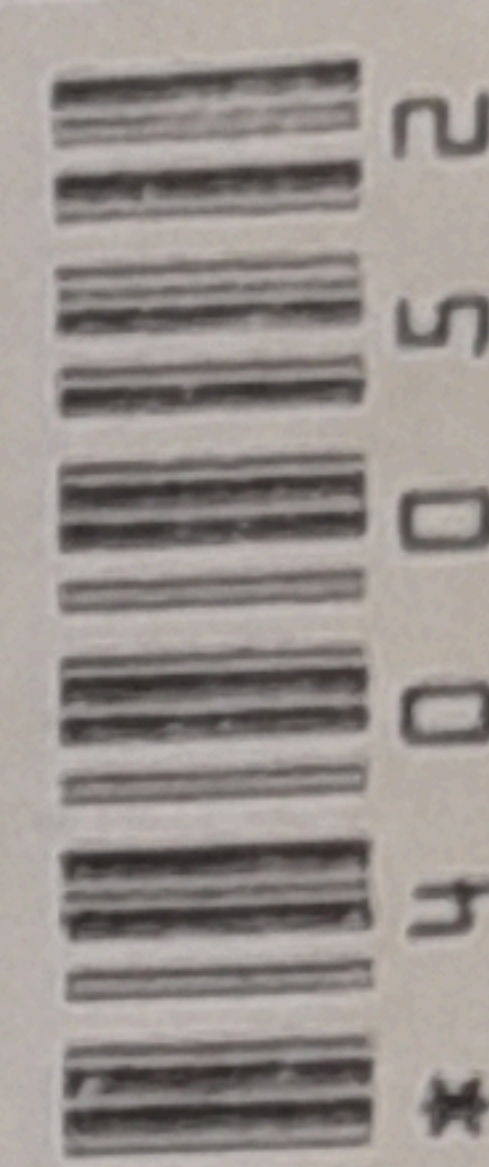
NOIR

1044615150

DE NACIMIENTO

Serial

40002002



40002002

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría

☐

Notaría

☒

Número

☐

Consulado

☐

Corregimiento

☐

Inspección de Policía

☐

Código

Q

7

M

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

NOTARIA 10 BARRANQUILLA COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido

LORDUY

Segundo Apellido

BERDUGO

Nombre(s)

CAROLINA NICOLE

Fecha de nacimiento

Año

2006

Mes

FEB

Día

08

FEMENINO

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

A 6966096

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BERDUGO SOLANO PIERY

Documento de identificación (Clase y número)

SIN INFORMACION

Nacionalidad

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LORDUY SEPULVEDA BEIMAN RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0008566738

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LORDUY SEPULVEDA BEIMAN RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0008566738

Firma

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

2006

Mes

FEB

Día

18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RUBEN ANTONIO ARIZA FONTALVO

Notario Encargado

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

RUBEN ARIZA FONTALVO

Notario Encargado

INSCRITO LV 245

ESPACIO PARA NOTAS DE BARRANQUILLA

NOTARIA DECIMA

10

RUBEN ARIZA FONTALVO

Notario Encargado

CIRCULO DE BARRANQUILLA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

53389131

NUIP 1146131868

de la oficina de registro - Clase de oficina

Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DVD

Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

del inscrito

Primer Apellido
LORDUY

Segundo Apellido
BERDUGO

Nombre(s)
JUAN PABLO

Sexo (en letras)
MASCULINO

Grupo sanguíneo
O

Factor RH
POSITIVO

Fecha de nacimiento

Año 2014

Mes FEB

Día 28

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de vitalidad

Número certificado de nacido vivo

12632731-6

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

de la madre

Apellidos y nombres completos

BERDUGO SOLANO PIERY ANGELLY

Nacionalidad

COLOMBIANA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1129535791 de BARRANQUILLA

del padre

Apellidos y nombres completos

LORDUY SEPULVEDA BEIMAN RAFAEL

Nacionalidad

COLOMBIANA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 8566738 de SOLEDAD

del declarante

Apellidos y nombres completos

LORDUY SEPULVEDA BEIMAN RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 8566738 de SOLEDAD

Firma

[Firma]

del primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

del segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2014

Mes MAR

Día 19

Nombre y firma de funcionario que autoriza

NATALIA PERRY T.

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NATALIA PERRY T.

Nombre y firma

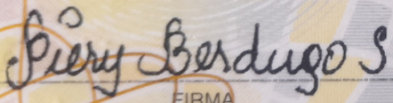
[Firma]

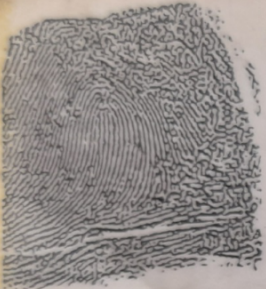
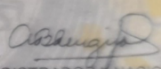
Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Libro de varios tomo 32 folio 167

LA SUSCRITA NOTARIA SETENTA Y CUATRO (74) ENCARGADA DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.129.535.791
NUMERO
BERDUGO SOLANO
APELLIDOS
PIERY ANGELLY
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1987
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
25-JUL-2005 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALIMBEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0300103-22141332-F-1129535791-20051202 0203605336P 02 192903093

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.146.131.868**

LORDUY BERDUGO

APELLIDOS
JUAN PABLO

NOMBRES

Juan P
FIRMA




ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-2014**

BOGOTÁ D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
28-FEB-2032

FECHA DE VENCIMIENTO **O+** SEXO **M**
G S RH

22-NOV-2021 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0300150-01281166-M-1146131868-20220223 0078289576A 1 8503459511

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.044.615.150**
LORDUY BERDUGO

APELLIDOS
CAROLINA NICOLE

NOMBRES

carolina lorduy

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-2006**
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO
08-FEB-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

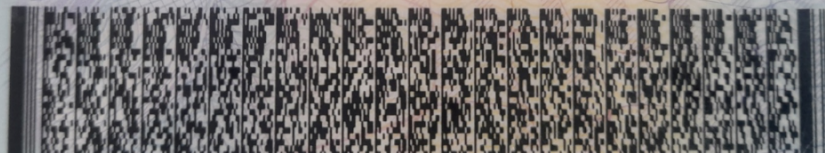
08-JUL-2013 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ F

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0300150-00493316-F-1044615150-20131010

0035383565A 1

40905237