

FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383

CONTRATO No. PRESTACION DE SERVICIOS 503-2024 **FECHA:** 4/02/2025

CONTRATISTA: LILIANA RAMIREZ OME **NIT. o C.C.** 1.020.750.907

PERIODO: Del 1/01/2025 Al 31/01/2025

PAGO No. 4 Documento No. Cuenta cobro 4

Responsable IVA **Pensionado** **Dependientes** **Declarante de renta**

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	51118001	5111809000			2.800.000
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	2.021.340	0,00%	0
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243625	2436250100	-	15,00%	0
Reteica	243627	2436270100	2.800.000	0,966%	27.048
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
TOTAL DESCUENTOS					27.048
NETO A PAGAR	240101	2401010100			2.772.952



LUISA FERNANDA GUZMÁN MARTINEZ
Contador F.D.L RUU E

Elaboró: Leidy Diaz - Profesional de apoyo FDLRUU

PLANILLA MES DEL INGRESO DICIEMBRE

Aprobó:

Objeto del Contrato:

Apoyar la gestión documental de la Alcaldía local de Rafael Uribe Uribe en la implementación de los procesos de clasificación, ordenación, selección natural, foliación, identificación, levantamiento de inventarios, almacenamiento y aplicación de protocolos de eliminación y transferencias documentales

Rubro Presupuesta: **023011605570000001697**

OBSERVACIONES:

Se liquida según la certificación de cumplimiento del supervisor y el apoyo a la supervisión, de acuerdo con autorización del ordenador del gasto con memorando No. 20256820000903 de fecha 3/2/2025 y cuenta radicada en aplicativo ORFEO remitida por la Profesional Especializada 222 grado 24 Area de Gestión Administrativa y Financiera.

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.120.000
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	140.000
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	179.200
Aporte obligatorio ARL	6.000
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	325.200

Bogotá D.C 03 de febrero de 2025

Doctora
DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBEURIBE
Calle 32 Sur No. 23- 62
Ciudad

Asunto: (4) Pago- C.P.S-503-2024

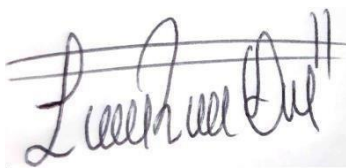
Respetada Doctora:

Por medio de la presente remito el informe del contrato de Prestación de Servicios No.503 de 2024 para trámite de pago

Periodo comprendido del 01 de enero al 31 de enero del 2025

1. Oficio Remisorio
2. Cuenta de Cobro
3. Informe de Actividades.
4. Seguridad social
5. Certificado de Calidad Tributaria.

Agradezco su amable atención y colaboración



LILIANA RAMIREZ OME CC
N° 1020750907

Dirección de residencia: Carrera 16 #182b-11 Celular
personal: 3114683679
Correo electrónico personal: lramirez.9005@gmail.com Fecha
de nacimiento:05/03/1990

Cuenta de Cobro No 4

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

DEBE A:

LILIANA RAMIREZ OME

C.C. 1020750907

LASUMA DE: (\$2.800.000)

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CPOR

CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. **503** del 2024 durante el periodo comprendido entre el **01 de enero** al **31** del mes **Enero** de 2025.

Código actividad económica principal RUT: **8299**
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:

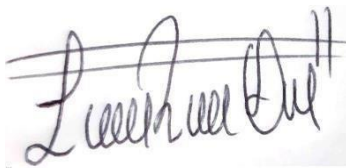
FECHA: **DICIEMBRE**

PLANILLA No **9479011025**

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 6.900
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	\$ 163.600
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	PORVENIR	\$ 209.400

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 24120385276 del Banco Caja social

Atentamente,



**LILIANA RAMIREZ OME CC
N° 1020750907**

Dirección de residencia: Carrera 16 #182b-11 Celular
personal: 3114683679

Correo electrónico personal: lramirez.9005@gmail.com Fecha
de nacimiento: 05/03/1990

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 4 PERÍODO: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE ENERO DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	No. 503 – 2024 25 DE OCTUBRE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIANA RAMIREZ OME
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1020750907
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	11.200.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	2.800.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011605570000001697
FECHA ACTA DE INICIO	25 DE OCTUBRE DE 2024
PRÓRROGA¹	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	24 DE FEBRERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar la gestión documental de la Alcaldía local de Rafael Uribe Uribe en la implementación de los procesos de clasificación, ordenación, selección natural, foliación, identificación, levantamiento de inventarios, almacenamiento y aplicación de protocolos de eliminación y transferencias documentales.

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 ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 1: Recibir la documentación a intervenir, verificando mediante punteo cajas y carpetas entregadas para el proceso técnico	<p>Se recibe contratos 144, 145, 146 Y 147 de la vigencia 2016 para realizar hoja de control, foliación, rotulación, perfilación y adicionar testigo documental</p> <p>Se reciben contratos del área de contratación, para dejar a disposición del archivo</p>	<p>Con 35 cajas y 206 carpetas</p> <p>42 cajas</p>	Archivo de gestión
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 2: Realizar la intervención de 8 metros lineales de la documentación, aplicando la metodología prevista para la organización mediante la clasificación de la misma de acuerdo con los principios archivísticos de procedencia y orden original, depuración, limpieza, retiro de material afectado por biodeterioro, revisión, foliación, identificación de las unidades documentales y cajas, almacenamiento respectivo de la documentación producida por la dependencia y elaboración del inventario documental en el formato establecido por la Dirección Administrativa de la SGD	<p>Se interviene contratos 1144, 145, 146 Y 147 de la vigencia 2016, realizando hoja de control, foliación, rotulación, perfilación, adición de testigo testimonial e identificación y cambio de material afectado por biodeterioro</p> <p>Se presta expediente CCV 420-2022, CPS 358-2023 Y CPS381-2023</p>	<p>Con 35 cajas y 206 carpetas</p> <p>7 carpeta</p>	Archivo de gestión



ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 3: Elaborar el plan de trabajo en conjunto con el supervisor del contrato pactando según lo establecido en los planes de acción de la de la dependencia una meta adecuada las necesidades de la entidad y garantizando que el proceso se cumpla de manera idónea</p>	<p>Se realizo eficientemente las actividades consignadas en el plan de trabajo proyectado por el supervisor del contrato</p>	<p>Archivo plan de trabajo</p>	<p>Archivo plan de trabajo</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 4: Presentar informes mensuales de avance en el que se describa la totalidad de la documentación intervenida, los procesos efectuados, el resultado</p>	<p>Con el presente informe da cuenta de la ejecución Mensual correspondiente al mes de ENERO del 2025.</p>	<p>Presentación de informe mensual correspondiente al mes de ENERO de 2025.con 42 cajas y 465 carpetas para un aproximado de 19 metros lineales</p>	<p>Carpeta CPS 503 – 2024 y SECOP</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 5: Las demás obligaciones que sean asignadas por la líder de gestión documental y de acuerdo con el objeto del contrato</p>	<p>Se realizaron a cabalidad las tareas asignadas semanalmente por el supervisor del área</p>	<p>El presente informe contiene las tareas cumplidas, asignadas por el supervisor del área</p>	<p>Archivo de gestión</p>

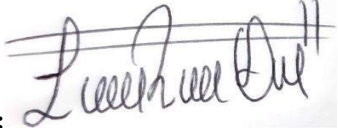


INFORMACIÓN ADICIONAL

<p>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</p>	<p>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</p>	<p>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL</p>	<p>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</p>
	<p>COMPENSAR</p>	<p>POSITIVA</p>	<p>PORVENIR</p>

FIRMAS



ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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: LILIANA RAMIREZ OME Cédula: 1020750907
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	SUPERVISOR/INTERVENTOR
	Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO Cargo: alcaldesa Local RAFAEL URIBE URIBE Firma: 
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)
	Nombre: ANDRÉS FELIPE BEDOYA RAMÍREZ Firma:  FELIPE BEDOYA

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020750907		RAMIREZ OME LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 181 # 16 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1187481067	9479011025	I	2025/01/03	2025/01/13	BANCO CAJA SOCIAL	10	\$406,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800			\$0	\$0
1	CC 1020750907	RAMIREZ LILIANA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS008	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-23	30	\$1,300,000	\$6,800	30		\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020750907		RAMIREZ OME LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 181 # 16 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1187481067	9479011025	I	2025/01/03	2025/01/13	BANCO CAJA SOCIAL	10	\$406,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$1,400	\$0	\$209,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$1,400	\$0	\$209,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,800	\$100	\$0	\$6,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,800	\$100	\$0	\$6,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$200	\$0	\$26,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$26,000	\$200	\$0	\$26,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$1,100	\$0	\$163,600	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$1,100	\$0	\$163,600	
TOTAL				1	\$403,300	\$2,800	\$0	\$406,100	



¡Hola, Liliana ramirez !

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓
CUS: 1187481067
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9479011025
Valor de la Transacción: \$ 406.100
Fecha de Transacción: 11/01/2025

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.

Internet

Compra Internet

-\$406.100,00

DOCUMENTO

87481067

INFORMACIÓN ADICIONAL

9479011025 Pago De La Planilla De Aportes Con Clave

Número de Contrato 503 de 2024

Yo, LILIANA RAMIREZ OME, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1020750907 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 2024		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.

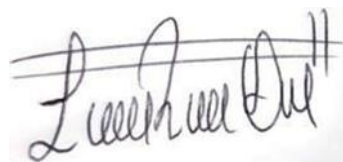
De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

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

Declaración Juramentada

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 (3) días del mes de FEBRERO del 2025.



Firma:

Nombre: Liliana Ramírez

Ome C.C: 1020750907

Dirección de correspondencia: Carrera 16 #182b

- 11 Teléfono de contacto: 3114683679

correo electrónico personal: lramirez.9005@gmail.com



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista LILIANA RAMIREZ OME_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 ENERO de 2025 y el 31 DE ENERO de 2025

Contrato:	No. CPS-503-2024
Tipo de Contrato:	Prestación deservicios
Contratista:	LILIANA RAMIREZ OME
Cédula o NIT	No. 1020750907
Objeto:	APOYAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN, SELECCIÓN NATURAL, FOLIACIÓN, IDENTIFICACIÓN, LEVANTAMIENTO DE INVENTARIOS, ALMACENAMIENTO Y APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ELIMINACIÓN Y TRASFERENCIAS DOCUMENTALES
Plazo del contrato:	4 meses
Fecha iniciación:	25/10/2024
Fecha de terminación:	24/02/2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	\$11.200.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	\$2.800.000 (No. de pago:4)
Numero de PIN:	9479011025
Periodo cotizado.	DICIEMBRE 2024

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

En constancia se firma a los tres (03) días del mes de Febrero de dos mil veinticinco (2025).

Interventor o Supervisor,

FELIPE BEDOYA

ANDRÉS FELIPE BEDOYA RAMÍREZ
C.C. No. 71.364.780 de Medellín

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local RAFAEL URIBE URIBE
C.C. No. 52.883.374 de Bogotá