

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN PARA PAGO	Código	FT-28-PR-COT-10	
		Versión	4	
		Página	1 de 1	
Asociado al procedimiento: Aplica a todos los procedimientos de contratación				

CONTRATO / CONVENIO No. Contrato 0445-2025 de Prestación de servicios	Fecha de suscripción: 12 de Febrero de 2025						
OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Emprendimiento y Negocios SEN, para brindar apoyo en los procesos formativos, acompañamiento, revisión y seguimiento tanto en territorio como de manera virtual a propietarios de unidades productivas de la ciudad							
SUPERVISOR: MONICA ELIANA FLOREZ BUSTAMANTE, SUBDIRECTOR(A) DE EMPRENDIMIENTO Y NEGOCIOS							
CERTIFICA							
Que ANA VICTORIA CASTAÑEDA RAMOS , identificado con CC No. 51,555,575 , cumplió el objeto contractual y obligaciones durante el periodo comprendido entre el 1 de Agosto de 2025 y el 13 de Agosto de 2025							
DETALLES DE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO Y ACUMULADA							
Valor ejecutado este periodo: \$ <u>2,526,333.00</u>	Valor ejecutado acumulado (incluyendo este periodo): \$ <u>34,980,000.00</u>						
Porcentaje acumulados de ejecución (Incluyen este periodo):	Ejecución Física <u>100.00 %</u> Ejecución Financiera <u>100.00 %</u>						
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
Se efectuaron los pagos al Sistema General de Seguridad Social correspondientes al mes de Agosto de 2025							
FINANCIACIÓN DEL PAGO							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vigencia</th> <th>Rubro</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2025</td> <td>O230117350220240266 Fortalecimiento de los negocios locales de la ciudad de Bogotá D.C.</td> <td>2,526,333.00</td> </tr> </tbody> </table>	Vigencia	Rubro	Valor	2025	O230117350220240266 Fortalecimiento de los negocios locales de la ciudad de Bogotá D.C.	2,526,333.00	
Vigencia	Rubro	Valor					
2025	O230117350220240266 Fortalecimiento de los negocios locales de la ciudad de Bogotá D.C.	2,526,333.00					
AUTORIZACIÓN DE PAGO							
Que teniendo en cuenta lo anterior, y en cumplimiento de la cláusula FORMA DE PAGO ó DE DESEMBOLSO DE LOS APORTES según corresponda, del Contrato o Convenio de la referencia, el suscrito supervisor AUTORIZA el pago No. <u>SIETE (7)</u>, correspondiente a la suma de DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/L (\$2,526,333.00) . Por indicación del Contratista o Asociado, el valor neto del pago será consignado en la Cuenta Bancaria de Ahorros No. 90060007920 de Banco GNB Sudameris. Se expide esta certificación para el correspondiente trámite de pago, en Bogotá D.C., el 1 de Septiembre de 2025  MONICA ELIANA FLOREZ BUSTAMANTE SUBDIRECTOR(A) DE EMPRENDIMIENTO Y NEGOCIOS  ANA VICTORIA CASTAÑEDA RAMOS Contratista							

Los siguientes documentos deben ser entregados a la Dirección de Gestión Corporativa

Esta certificación, soportes y anexos, aceptados por el supervisor: Dos (2) ejemplares de cada documento.
Informes de ejecución aceptados por el supervisor: Un (1) ejemplar para el expediente contractual.

El recibo de la documentación adjunta no implica la verificación ni la aceptación de su contenido por parte de la Entidad.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51555575	ANA VICTORIA CASTAÑEDA RAMOS		CALLE 116 No 54-45- APTO 103	8110910	anavictoria.castanedaramos@g mail.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	11/08/2025	88926198	TOTAL A PAGAR
					\$315.900

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	291.500	0		0		0	0	0	0	291.500	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

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	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	291.500	291.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	315.900	315.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51555575	ANA VICTORIA CASTAÑEDA RAMOS		CALLE 116 No 54-45- APTO 103	8110910	anavictoria.castanedaramos@g mail.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
2025-08	2025-08	I	11/08/2025	88926198	\$315.900
					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	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	51555575	CASTAÑEDA RAMOS ANA VICTORIA	59	2		N																				0	0	0	0	0	0	EPS005	2.332.000	291.500	14-23	2.332.000	2	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Skandia Pensiones y Cesantías S.A.
como administradora de Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias
Nit 800.253.055-2

Certifica a:
quien interese

Que el Señor(a) ANA VICTORIA CASTAÑEDA RAMOS identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 51,555,575 se encuentra pensionado(a) por Vejez desde el 01 de Diciembre de 2016 bajo la modalidad de Retiro Programado.

El monto de la mesada pensional es de \$4,375,913 (cuatro millones trescientos setenta y cinco mil novecientos trece Pesos m/cte).

De dicho valor se realizan los siguientes descuentos:

- Salud	\$525.200
---------	-----------

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. como entidad privada no emite resoluciones, en su lugar, se expide la presente certificación en Bogotá el 13 de Enero de 2025 a solicitud del pensionado(a).

Si desea información adicional, con gusto será atendida en nuestro Contact Center en el correo cliente@skandia.com.co o en el telefono 6584000 en Bogotá, y a la línea nacional 01 8000517526.

Atentamente,



WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de servicio al cliente

PIPELINE-20250113-09:03-23320169

Bogotá D.C. septiembre 1 de 2025

Señores

Secretaría Distrital de Desarrollo Económico

Dirección de Gestión Corporativa

La Ciudad

E. S. D.

Atento saludo

En cumplimiento de las Normas Tributarias vigentes y en aras de acogerme a los beneficios tributarios que la Ley contempla para quienes suscribimos contratos de prestación de servicios, me permito certificar que para el cabal desarrollo del objeto contractual, no empleo ni subcontrato con terceras personas la ejecución del mismo.

Agradezco la atención prestada a la presente.

Cordialmente,



ANA VICTORIA CASTAÑEDA RAMOS
C.C. 51555575 de Bogotá

Bogotá D.C. septiembre 1 de 2025

Señores
Secretaría Distrital de Desarrollo Económico
Dirección de Gestión Corporativa
La Ciudad

E. S. D.

Atento saludo

Ana victoria Castañeda Ramos identificada con la cedula de ciudadanía No. **51555575 de Bogotá**, en calidad de persona natural y trabajador independiente, acudo ante ustedes con el fin de manifestarles que no soy responsable a impuestos tributarios, en cuanto a que mi trabajo es único y no tengo empleados a cargo.

Lo anterior para que no se me tenga en cuenta ningún descuento tributario en lo concerniente al pago mensual como contratista.

Cordialmente,



Ana victoria Castañeda Ramos
C.C. **51555575 de Bogotá**