

Bogotá D.C 1 de agosto de 2025

Doctora

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
CALLE 32 SUR 23 62
Ciudad

ASUNTO: 5 PAGO CPS -050-2025

Respetada doctora

Por medio de la presente remito el informe del contrato de Prestación de Servicios para tramite de pago durante el periodo comprendido entre: 1 de julio de 2025 al 31 de julio de 2025

- CUENTA DE COBRO
- INFORME DE ACTIVIDADES
- SEGURIDAD SOCIAL Y SOPORTE DE PAGO
- CERTIFICACION TRIBUTARIA
- DEPENDIENTES (SI APLICA)
- FORMATO DE RELACION OTROS CONTRATOS
- CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
- PANTALLAZO DE ORFEO
- PANTALLAZO DEL SECOP

Agradezco su amable atención y colaboración



Ederson Olaya Mendez

79819209

Calle 60 A sur No 68 - 08

3045613965

edernetel@hotmail.com

17 de mayo de 1982

Bogotá D.C

1 de agosto de 2025

CUENTA DE COBRO N° 5

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

**DEBE A:
Ederson Olaya Mendez
79819209**

LA SUMA DE: \$ 6.000.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 050-2025 durante el periodo comprendido entre:

1 de julio de 2025 al 31 de julio de 2025

Código actividad económica principal RUT: **6910**

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:

Mes de aporte: JUNIO

Numero de planilla:

33801349

| CONCEPTO | ENTIDAD | VALOR APORTE |
|-------------------------------------|-----------|--------------------|
| ARL(Riesgos Laborales) | POSITIVA | LO PAGA LA ENTIDAD |
| EPS(Aporte Salud Obligatoria) | Sanitas | 300.000 |
| AFP(Aportes Pensiones Obligatorias) | Colfondos | 384.000 |

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 66700002010 DEL BANCOBancolombia

Atentamente,



Ederson Olaya Mendez
79819209
Calle 60 A sur No 68 - 08
3045613965
edemetel@hotmail.com



| <u>ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE</u> | |
|--|---|
| INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 5 | |
| PERIODO: 1 de julio de 2025 AL 31 de julio de 2025 | |
| DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO | |
| TIPO DE CONTRATO | <u>CPS</u> |
| No. CONTRATO Y FECHA | 050-2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | Ederson Olaya Mendez |
| TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN | 79819209 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | 6 MESES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 36.000.000 |
| VALOR DEL PERIODO DE COBRO | \$ 6.000.000 |
| No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL) | O230117459920242775 |
| FECHA ACTA DE INICIO | 4 de marzo de 2025 |
| PRÓRROGA | N/A |
| ADICIÓN | N/A |
| SUSPENSIÓN | N/A |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES) | 3 de septiembre de 2025 |
| OBJETO DEL CONTRATO | APOYAR JURÍDICAMENTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA EL TRÁMITE E IMPULSO PROCESAL DE LAS ACTUACIONES CONTRAVENCIONALES Y/O QUERELLAS QUE CURSEN EN LAS INSPECCIONES DE POLICÍA DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE. |



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|--|
| 1. Realizar la revisión y el análisis jurídico de las actuaciones asignadas por el Inspector de Policía, emitir o proyectar el respectivo diagnóstico y establecer la actuación jurídica a seguir, conforme con la naturaleza del proceso | Se procedió realizar las siguientes actividades, así: • Autos de Avoques 01- Decisiones 06, informe secretaria 60, derechos de petición 05. Para un total de 72 actuaciones, | • Autos de Avoques 01- Decisiones 06, informe secretaria 60, derechos de petición 05. Para un total de 72 actuaciones,, | BASE INTERNA Y ARCHIVO DE LA INSPECCION 18 D DISTRITAL DE POLICIA |
| 2. Proyectar, para revisión y aprobación del Inspector de Policía, los actos que impongan medidas correctivas u órdenes de policía, conforme con la normatividad vigente | Se procedió realizar el impulso procesal de 72 actuaciones en la inspeccion 18 D | • Autos de Avoques 01- Decisiones 06, informe secretaria 60, derechos de petición 05. Para un total de 72 actuaciones, | BASE INTERNA Y ARCHIVO DE LA INSPECCION 18 D DISTRITAL DE POLICIA |
| 3. Proyectar, para revisión y aprobación del Inspector de Policía, los actos por medio de los cuales se resuelvan los recursos interpuestos contra las decisiones adoptadas, | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron |



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

| | | | |
|---|--|---|---|
| 4. Apoyar en la revisión del registro y actualización de las actuaciones y querellas que le asigne el Inspector de Policía para impulso, en el Aplicativo ARCO o el sistema dispuesto para su seguimiento. En caso contrario, proceder a informar para que el personal administrativo de la Inspección de Policía proceda a su registro y actualización | Se realizó entrega de los expedientes completos para realizar los oficios se le realizo el impulso procesal a 72 expedientes trabajados desde el 01 al 31 de julio 2025, | • Autos de Avoques 01- Decisiones 06, informe secretaria 60, derechos de petición 05. Para un total de 72 actuaciones,, | ARCHIVO DE LA INSPECCION 18 D DISTRITAL DE POLICIA |
| 5. Registrar en el Aplicativo ARCO el trámite realizado de los expedientes asignados, con el fin de darles cierre o el impulso respectivo. | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron |

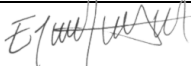
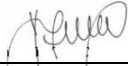
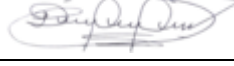


ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

| | | | |
|--|--|---|--|
| 6. Acompañar al alcalde (sa) Local y/o al Inspector de Policía a los operativos de Inspección, Vigilancia y Control en materia de seguridad, tranquilidad, ambiente y recursos naturales, actividad económica, urbanismo, espacio público y libertad de circulación, conforme con las instrucciones que éstos le impartan y los lineamientos distritales, en el marco de las normas vigentes | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron |
| 7. Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron |
| 8. Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas. | Se procede a dar informe de las actividades realizadas del 01 de julio al 31 de julio de 2025 | Se presenta informe No.5 | CUENTA No.5 |
| 9. Entregar, mensualmente, el archivo de los documentos suscritos que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones | Se hace entrega de los expedientes verificados, foliados y con sus últimas actuaciones archivadas en su debido orden | Entrega de los 67 expedientes al auxiliar para su correspondiente trámite | ARCHIVO DE LA INSPECCION 18 D DISTRITAL DE POLICIA |



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaria de Gobierno

| | | | |
|--|--|--|--|
| 10. Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del Contrato | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron | para este periodo no se realizaron |
| 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 |
| | Sanitas | Positiva | Colfondos |
| 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 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: Ederson Olaya Mendez | | |
| | CEDULA: 79819209 | | |
| 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. | APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO | | |
| | FIRMA:  | | |
| | NOMBRE: YULLY ANDREA CARREÑO OBANDO | | |
| | CARGO: INSPECTORA 18 D DISTRITAL POLICIA 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. | FIRMA:  | | |
| | NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO | | |
| | CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE | | |

| | |
|------------------------------|----------------------|
| RAZÓN SOCIAL : | EDERSON OLAYA MENDEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-79819209 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-07-23 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-07-23 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-07-23 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-06 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-06 |
| NÚMERO PLANILLA: | 33801349 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 33801349 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-----------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | \$ 2.400.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 3.800 | \$ 300.000 | \$ 303.800 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | \$ 2.400.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 4.800 | \$ 384.000 | \$ 388.800 |
| CCF21 | 860013570 | CAFAM | 1 | \$ 2.400.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 600 | \$ 48.000 | \$ 48.600 |
| Total a pagar | | | | | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.200 | \$ 732.000 | \$ 741.200 |

PAGADO

| | |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 05/08/2025 |
|----------------------------------|------------|

Se certifica que la empresa , identificada con CC-79819209 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---------------------------------|----------------|-----------|-----------------------|----------------|-----------|------------|---------|-------------------|
| Período pensión: 2025-06 | 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | 20 | 384.000 | 4.800 | 388.800 |
| Período salud: 2025-06 | EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | 20 | 300.000 | 3.800 | 303.800 |
| Planilla Nro.: 33801349 Tipo I | SINARP | 0 | SINARP | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Clase de aportante: I | CCF21 | 860013570 | CAFAM | 1 | 20 | 48.000 | 600 | 48.600 |
| Fecha transacción: 2025-07-23 | PASENSA | 899999034 | SENA | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Banco: BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| Transacción: 1647860997 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | | | | | | | | \$ 741.200 |

PAGADO

Pagos PSE



El pago fue exitoso

| | |
|--------------------|------------------------------------|
| Comercio: | ASOPAGOS |
| No. comprobante: | TR0812200997 |
| CUS: | 1647860997 |
| Fecha y hora: | 23 Jul 2025 08:13:51 |
| No. de factura: | 33801349 |
| Descripción pago: | Pago de seguridad Social Integrado |
| Referencia 1: | 10.10.11.80 |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 79819209 |
| Total Pagado: | \$ 741.200 COP |
| Costo transacción: | \$ 0 COP |
| Producto origen: | Cuenta de ahorros **** 2010 |



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 050 de 2025

Yo, Ederson Olaya Mendez Identificado con cedula de ciudadanía No 79819209 expedido en la ciudad de Bogota

| INFORMACIÓN PERSONAL | SI | NO |
|--|----|----|
| Soy Pensionado | | X |
| Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión) | | X |
| Soy Declarante de Renta año 2024 | X | |
| 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. | X | |

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 cumplo 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):

| 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 |
| ¿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 |



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

| | | |
|--|---|---|
| ¿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 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) | X | |

Se expide y firma a los 1 de agosto de 2025

Ederson Olaya Mendez

79.819.209 de Bogota

Calle 68 A sur 60 - 18

3045613965

edernetel@hotmail.com

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 Servicios N° 050 de 2025, que suscribí con el FONDO DE DESARROLLO 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).

FECHA DE SOLICITUD 01 MES AGOSTO AÑO 2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

EDERSON OLAYA MENDEZ

CEDULA N°

79819209

UBICACION LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

INSPECCION 18 D ALCALDIA RAFAEL URIBE

TELEFONO

3045613965

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 |
|------------------------|------------|---------|--------------------------|
| SARITA OLAYA RUIZ | HIJA | 14 AÑOS | NINGUNO |
| MAXIMILIANO OLAYA RUIZ | HIJO | 6 AÑOS | NINGUNO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | 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 ECONÓMICAMENTE 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

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud



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

NUIP 1027539615

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

56066709

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

| | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| Registratura <input type="checkbox"/> | Notaría <input checked="" type="checkbox"/> | Número <input type="checkbox"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Correimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código <input type="checkbox"/> |
| País - Departamento - Municipio - Correimiento o/o Inspección de Policía | | | | | | Código |
| COLOMBIA | | | | | | BOGOTÁ D.C. |

Datos del inscrito

| | | | |
|--|-----|------------------|-------------------|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| OLAYA | | RUIZ | |
| Nombre | | | |
| MAXIMILIANO | | | |
| Fecha de nacimiento | | | |
| Año | Mes | Day | Sexo |
| 2018 | AGO | 18 | MASCULINO |
| Lugar de nacimiento (País - Dept. talento - Municipio - Correimiento o/o Inspección) | | | Grupos sanguíneos |
| COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. | | | POSITIVO |

| | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de nacimiento | Número certificado de nacido vivo |
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 14786815 |

Datos de la madre

| | |
|--|--------------|
| Apellidos y nombres completos | |
| RUIZ BANGOL FRANCY JOHANA | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| C.C. No. 105775638 DE BELALCAZAR | COLOMBIANA |

Datos del padre

| | |
|--|--------------|
| Apellidos y nombres completos | |
| OLAYA MENDEZ EDERSON | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| C.C. No. 79819209 DE BOGOTÁ D.C. | COLOMBIANA |

Datos del declarante

| | |
|--|----------------|
| Apellidos y nombres completos | |
| OLAYA MENDEZ EDERSON | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| C.C. No. 79819209 DE BOGOTÁ D.C. | <i>[Firma]</i> |

Datos primer testigo

| | |
|--|-----------------|
| Apellidos y nombres completos | |
| [Espacio vacío] | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| [Espacio vacío] | [Espacio vacío] |

Datos segundo testigo

| | |
|--|-----------------|
| Apellidos y nombres completos | |
| [Espacio vacío] | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| [Espacio vacío] | [Espacio vacío] |

Fecha de inscripción

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| Año | Mes | Day | Nombre y firma del funcionario que declara |
| 2018 | AGO | 24 | LUIS FERNANDO QUINTERO |

Reconocimiento paterno

| | |
|---|---|
| Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
| <i>[Firma]</i> OLAYA MENDEZ EDERSON | LUIS FERNANDO QUINTERO |

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 149 F 186

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



56066709

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1025066781

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50334164

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 9 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código 1009

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido OLAYA Segundo Apellido RUIZ

Nombre(s) SARITA

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes SEP Día 0 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo "A" Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 10429035-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RUIZ BAÑOL FRANCY JHOANA

Documento de Identificación (Clase y número) Cédula de ciudadanía 1.057.756.382

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos OLAYA MENDEZ EDERSON

Documento de Identificación (Clase y número) Cédula de ciudadanía 79.819.209

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos OLAYA MENDEZ EDERSON

Documento de Identificación (Clase y número) Cédula de ciudadanía 79.819.209

Firma *Eduardo Falla*

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 2010 Mes SEP Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
NOTARIA S - BOGOTA ENCARGADA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
NOTARIA S - BOGOTA ENCARGADA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO INSCRITO L.V. 311.119

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO - C.C. 51.002.131

BOGOTA ENCARGADA

CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL

NOTARIA S - BOGOTA ENCARGADA

A. A. PAEZ

Bogotá D. C.,

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO
ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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

Yo, EDERSON OLAYA MENDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79819209, me permito informar que actualmente SI_x__ NO____, 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 | Alcaldía de usme | 177/2025 | 3 meses 21 días | \$ 28.000.000 | 9/06/2025 | 30/09/2025 |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 01 de agosto de 2025.



Firma:

Nombre: EDERSON OLAYA MENDEZ

C.C: 79819209

Dirección de Residencia: CALLE 60A SUR 68-08

Teléfono de contacto: 3045613965

Correo electrónico institucional: ederson.olaya@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico de notificación: edernetel@hotmail.com

Código: GCO-CGI-F156

Versión: 01

Vigencia desde: 01 de febrero de 2021

CASO HOLA: 152085

Página 1 de 1



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

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **Ederson Olava Mendez** 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 1 de julio de 2025 y 31 de julio de 2025

Contrato: 050-2025
Tipo de Contrato: Prestación de servicios
Contratista: **Ederson Olava Mendez**
Cédula o NIT: 79.819.209 de bogota
Objeto: APOYAR JURÍDICAMENTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA EL TRÁMITE E IMPULSO PROCESAL DE LAS ACTUACIONES CONTRAVENCIONALES Y/O QUERELLAS QUE CURSEN EN LAS INSPECCIONES DE POLICÍA DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

Plazo de contrato: 6 MESES
Fecha Iniciación: 4 de marzo de 2025
Fecha de Terminación: 3 de septiembre de 2025
Prórroga: N/A
Valor inicial pactado: \$ 36.000.000
Valor Adicional: N/A
Valor a Pagar: \$ 6.000.000 (5 Pago)
Suspensión (Inicio/Fin): N/A
Número de PIN: 33801349
Periodo cotizado: JUNIO

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda y ARL 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 Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019
En constancia se firma el 4 de agosto de 2025

Apoyo a la supervisión,

Supervisor,

YULLY ANDREA CARREÑO OBANDO

C.C. No. 52.858.717 de Bogotá

Apoyo a la supervisión

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO

C.C. No. 52.883.374 de Bogotá

ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

Bogotá, D. C. 01 de agosto de 2025

CONSTANCIA

Yo, **Ederson Olaya Méndez**, habiendo suscrito contrato No. **050** de **2025** con el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

Asimismo, dejo constancia de lo siguiente:

1. Que a la fecha no registro ningún asunto pendiente de trámite en el aplicativo Orfeo (si aplica).
Nota: De tener Orfeos pendientes no deben ser superiores a 10 días, o si su vencimiento es inferior (10 días) no estar por fuera del término establecido).
2. Que todas las peticiones y/o solicitudes a mi designadas, fueron tramitadas en su oportunidad y dentro de términos de ley.
3. Que no he creado carpetas personales en el ORFEO para realizar traslados de PQRSD para su archivo sin gestión o posterior trámite; como tampoco se han traslado a la bandeja de otro(s) usuario(s) del Fondo Local de Rafael Uribe Uribe.
4. Que no quedó pendiente de trámite ninguna solicitud asignada a mí.

Por lo anterior, suscribo la presente.



Ederson Olaya Méndez
C.C. No. 79819209 de Bogotá



- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado | |
|------------|-------------------|---|--------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Pago 001 | 001 | 22/05/2025 10:42:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 5.400.000 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |
| Pago 002 | 002 | 22/05/2025 10:48:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 6.000.000 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |
| Pago 003 | 003 | 19/06/2025 6:14:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 6.000.000 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |
| Pago 004 | 004 | 13 días de tiempo transcurrido (9/07/2025 9:12:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 6.000.000 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|--|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO CPS-050-2025 (1) (1).pdf | ACTA DE INICIO CPS-050-2025 (1) (1).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> ARL EDERSON OLAYA MENDE Z CPS-050-2025.pdf | ARL EDERSON OLAYA MENDEZ C S-050-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CRP 1073 CPS-050-2025 PSMFormato_CRP5000851783. pdf | CRP 1073 CPS-050-2025 PSMFormato_CRP5000851783.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> Consulta de pólizas 050-2025.p f | Consulta de pólizas 050-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> MARZO 2025.zip | MARZO 2025.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> ABRIL 2025.zip | ABRIL 2025.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS - MAYO 2025.zip | EVIDENCIAS - MAYO 2025.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> JUNIO 2025.zip | JUNIO 2025.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >