

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES  
Y ANEXOS**

Bogotá D.C

Doctora

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

Estimada supervisora,

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 10 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 109-2025 por un valor de \$ 795.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2025 al 9 de diciembre de 2025

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 92201115 correspondiente al mes de DICIEMBRE para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,



**STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO**

1002024801

STVN1231@GMAIL.COM

Bogotá D.C 31 de diciembre de 2025

**CUENTA DE COBRO N° 10**

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

**DEBE A:  
STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO  
1002024801**

**LA SUMA DE:** \$ 795.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 109-2025 durante el periodo comprendido entre:

**1 de diciembre de 2025 al 9 de diciembre de 2025**

Código actividad económica principal RUT: **8211**  
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:** DICIEMBRE

**Numero de planilla:**

92201115

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	POSITIVA	LO PAGA LA ENTIDAD
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	SALUD TOTAL	177.900
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	PROTECCION	227.800

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 094005046 DEL BANCOBBVA

Atentamente,

**STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO**

1002024801

Cra 89 bis a # 59c - 15 sur

3007579571

STVN1231@GMAIL.COM


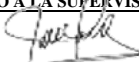

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 10	
PERIODO: 1 de diciembre de 2025 AL 9 de diciembre de 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA	109-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1002024801
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.900.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 795.000
FECHA ACTA DE INICIO	10 de marzo de 2025
PRÓRROGA <sup>1</sup>	3 MESES
ADICIÓN	\$ 7.950.000
SUSPENSIÓN	N/A
CESION	NO APLICA
DISMINUCION DE PLAZO	NO APLICA
REDUCCION DE VALOR	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 23.850.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	9 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	9 de diciembre de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION LOCAL Y TERRITORIAL DE LOS TEMAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL MARCODE PROYECTO DE INVERSION 2710 GESTORES DE CONVIVENCIA EN RAFAEL URIBE URIBE.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<b>Obligación 1: OCUPACIONES ILEGALES</b> Se realizó la visita al polígono 209, el cual se encuentra en riesgo, también se realizó la visita a la ocupación 97, lugar se encontraba cerrado al momento de la visita.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 2: APOYO PARQUE NACIONAL</b> Se apoyo la alerta de la toma del parque nacional por parte de los indígenas.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 3:</b> No se realizó esta actividad.	<b>No se realizo esta actividad</b>
<b>Obligación 4: CARRETEROS</b> Se realiza operativo de control de carretas, en el cual se incautan armas blancas (cuchillos y machetes) en los diferentes sectores de la localidad.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 5: CARAVANA NAVIDEÑA</b> Se realizan diversas acciones de embellecimiento, entre ellas la pintura navideña y la recuperación de espacios verdes.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 6:</b> No se realizó esta actividad.	<b>No se realizo esta actividad</b>
<b>Obligación 7: ENTREGA DE ACTAS</b> Realizo la entrega de las siguientes actas con fecha de 12-11-2025 cambuches, 12-11-2025 carreteros y 13-11-2025 entornos escolares colegio la paz sede b.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 8: IVC ESPACIO PUBLICO</b> Se realizó el levantamiento de basura que obstaculizaban el sendero peatonal.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 9: CAMBUCHES</b> Se realizó el levantamiento y desmonte de cambuches en diferentes sectores de la localidad con el fin de recuperar el espacio público y mejorar la seguridad y convivencia.	Ver registro de actas: Resgistros reposan en el archivo del contrato CPS-109 - Carpeta SECOP
<b>Obligación 10:</b> No se realizó esta actividad.	<b>No se realizo esta actividad</b>
<b>Obligación 11:</b> No se realizó esta actividad.	<b>No se realizo esta actividad</b>

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	SALUD TOTAL	POSITIVA	PROTECCION

**FIRMAS**

<b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b> 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.	<b>CONTRATISTA</b>
	FIRMA: 
	NOMBRE: STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO
<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> 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.	<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO)</b>
	FIRMA: 
	NOMBRE: JOSÉ JOAQUÍN OCAMPO TEJADA
<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> 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.	<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>
	FIRMA: 
	NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
	CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002024801	STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO		KR 93 N 54 28 SUR	3007579571	stvn1231@gmail.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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92201115	\$405.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSION

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
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
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>405.800</b>	<b>405.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1002024801	STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO		KR 93 N 54 28 SUR	3007579571	stvn1231@gmail.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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	09/12/2025	92201115	\$405.800		

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1002024801	ORTEGA CORZO STIVEN CAMILO	3	0	N																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



## Comprobante de pago

⬇️ Pago realizado

Pago en  
Compensar-oi

¿Cuánto?

\$ 405.800,00

Fecha

09 de diciembre de 2025 a las 06:25 a. m.

Referencia

M00530362

Superintendencia financiera  
de Colombia

VIGILADO



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 109 de 2025

Yo, STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO Identificado con cedula de ciudadanía No 1002024801 expedido en la ciudad de BARRANQUILLA

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 31 de diciembre de 2025

**STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO**

1.002.024.801 de BARRANQUILLA  
Cra 89 bis a # 59c - 15 sur  
3007579571  
[STVN1231@GMAIL.COM](mailto:STVN1231@GMAIL.COM)

Bogotá D. C.,

Señores:

FONDO DE DESARROLLO 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, STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1002024801 me permito informar que actualmente, **SI**  **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						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 31 de diciembre de 2025



Firma

STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO

1002024801

Cra 89 bis a # 59c - 15 sur

3007579571

STVN1231@GMAIL.COM



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

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

Código: GCO-GCI-F137  
Versión: 04  
Vigencia: 21 de febrero de 2025  
Caso 124431

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 109-2025 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 relacionó 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 ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

31

MES

12

AÑO

2025

### INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO

CÉDULA N°

1002024801

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

SEGURIDAD Y CONVIVENCIA

TELÉFONO

3007579571

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

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
KYLIAN RAFAEL ORTEGA CORZO	HIJO	3 AÑOS	0

Marque con una X en el recuadro 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 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisitos:  
\* 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  
\* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisitos:  
\* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.  
\* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisitos:  
\* Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.  
\* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito  
\* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes  
\* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

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 VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE

*Steven Ortega*

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 labore

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área o dependencia donde labore

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 allegarse nuevamente

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

BOGOTÁ 31 DICIEMBRE DE 2025

Doctora:

Diana Carolina Sánchez Castillo  
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe

Yo, Stiven Camilo Ortega Corzo , identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1002024801, me permito informar que actualmente NO cuento con usuario de Orfeo, teniendo en cuenta que pertenezco al equipo territorial de Gestores de Seguridad y Convivencia.

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el día 31 de Diciembre de 2025.

A handwritten signature in black ink that reads "Stiven Ortega". The signature is written in a cursive style with a large initial 'S' and 'O'.

Firma:

Nombre: Stiven Camilo Ortega Corzo

C.C: 1002024801

Dirección: Cra 89 bis a # 59c - 15 sur

Teléfono de contacto: 3007579571

Correo electrónico de notificación: [stvn1231@gmail.com](mailto:stvn1231@gmail.com)

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	PAGO001	3/04/2025 12:27:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	3/04/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	1.855.000 COP	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 002	PAGO NUMERO 2 MES DE ABRIL CPS 109 DE 2025	2/05/2025 11:47:00 AM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2/05/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 003	PAGO NUMERO 3 MES DE MAYO CPS 109 DE 2025	4/06/2025 2:55:00 AM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	3/06/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 004	PAGO NUMERO 4 MES DE JUNIO CPS 109 DE 2025	4/07/2025 10:56:00 AM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	1/07/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 005	PAGO NUMERO 5 MES JULIO CPS 109 DE 2025	1/08/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	1/08/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 006	PAGO NUMERO 6 MES AGOSTO CPS 109 DE 2025	3/09/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	1/09/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Pagado	<a href="#">Detalle</a>
Pago 007	PAGO NUMERO 7 MES DE SEPTIEMBRE CPS 109 DE 2025	1/10/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	1/10/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 008	PAGO NUMERO 8 MES OCTUBRE CPS 109 DE 2025	4/11/2025 1:07:00 AM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	4/11/2025 12:00:00 PM ((UTC-05:00)) <i>Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>
Pago 009	PAGO NUMERO 9 MES NOVIEMBRE CPS 109 DE 2025	8 días de tiempo transcurrido <i>(1/12/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00)) Bogotá, Lima, Quito</i>	8 días de tiempo transcurrido <i>(1/12/2025 12:00:00 PM(UTC-05:00)) Bogotá, Lima, Quito</i>	2.650.000 COP	Aceptada	<a href="#">Detalle</a>

Crear



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

Código GCO-GCI-F102  
Versión: 4  
Vigencia 15 septiembre de  
2021  
Caso HOLA: 189189

LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE  
CERTIFICA QUE:

Fecha: \_\_\_\_\_ 10/12/2025 Dependencia:\_\_\_ Gestión Políciva Jurídica Rafael Uribe Uribe

El(la) señor(a): \_\_\_ Stiven Camilo Ortega Corzo

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 1002024801 de: Barranquilla


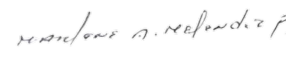




Correo Personal : stvn1231@gmail.com Celular : \_\_\_\_\_ 3007579571

Dirección para notificación (puede ser el correo personal): \_\_\_ stvn1231@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
Contrato No.	109-2025	2025	Proyecto No. 2710
Desde:	10/03/2025	Hasta: _	9/12/2025

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD			
<input checked="" type="radio"/>	Terminación de contrato	<input type="radio"/>	Cesión de contrato
	Otro:	terminacion unilateral	

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CÚAL? \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
<b>MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Verificó _____ Nombre <b>Carlos Barrera A.</b>	Observaciones <b>ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO:</b> No tiene equipos a cargo <b>BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:</b>
<b>APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Supervisor Orfeo	Observaciones  A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacías
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
<b>ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Verificó _____ Nombre _____	Observaciones  <b>No tiene elementos a cargo</b>
<b>ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL</b>   Verificó _____ Nombre _____	Observaciones  <b>No tiene elementos a cargo</b>
<b>ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b> <b>Carné</b>  Verificó _____ Nombre <b>Miguel Ramirez</b>	Observaciones  <b>Entrega carné institucional físico.</b>
<b>GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL</b>   Verificó _____ Nombre <b>Felipe Bedoya</b>	Observaciones <b>SERIE CONTRATOS:</b> <b>No hay expedientes a cargo</b> <small>Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Titulo IV Articulo 15</small>

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**

**SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 109-2025**

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 109-2025 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y STIVEN CAMILO ORTEGA CORZO identificado(a) con el número de documento 1002024801 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 10 presentado para el período comprendido entre el **1 de diciembre de 2025** al **9 de diciembre de 2025**

Así mismo, certifico que el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$ 795.000

En constancia se firma a los 31 de diciembre de 2025

Apoyo a la supervisión,

Supervisor,



**JOSE JOAQUIN OCAMPO TEJADA**

Apoyo a la supervisión



**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**

Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe