INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN					
CONTRATO	**TIPO DE COMPROMISO (contrato)**	**NÚMERO**	**AÑO**	**PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR**	**Del 9 al 31 de Diciembre de 2025**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	476	2025		
Tipo de pago (seleccioneuna opción)	PRIMER PAGO	**¿Novedad que aplica para el periodo a cobrar?** (seleccione en la lista desplegable)		**N/A**	

INFORMACIÓN BANCARIA		
Tipo de cuenta (ahorros o corriente)	**Número de cuenta**	**Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH**
Ahorros	47825456	NuBank

ENDOSO (aplica únicamente para personas jurídicas)

Nombre del Titular	Número C.C. / NIT	Tipo de cuenta (ahorros / corriente)	Número de cuenta	Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH

SOLICITUD CONSIGNACIÓN EN CUENTA AFC (aplica unicamente para personanatural)

Número de cuenta	Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH	Valor por consignar

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO	
Objeto del contrato	OACRI-022 Prestar servicios profesionales para diseñar, elaborar, producir y generar piezas gráficas y comunicativas de actividades internas y misionales de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.

Fecha inicio del contrato	Día	Mes	Año	Fecha terminación del contrato (modificarporprórrogaosuspensióndel contrato)	Día	Mes	Año	Terminación anticipada (relacionar último día reconocido de ejecución del contrato)	Día	Mes	Año
	9	12	2025		8	2	2026				

CESIÓN DE CONTRATO		
Contratista	**Nombres y apellidos**	**Número C.C. ó C.E. ó NIT**
Cedente		

ESTADO FINANCIERO					
CDP		**CRP**			
Número	**Año**	**Número**	**Año**		
854	2025	906	2025	**Valor mensual honorarios** (si aplica)	**$7,000,000**
				Valor inicial del contrato	$14,000,000
				Valor total de adiciones al contrato	
				Valor total del contrato (actualizar poradición)	**$14,000,000**
				Avance Financiero	
				Valor a pagar	**$5,133,333**
				Saldo del contrato	**$8,866,667**

FACTURA (si aplica)

Factura		Notas débido o crédito a la factura (si aplica)	Nota Débito		Nota Crédito	
Número	**Día/Mes/Año**		**Número**	**Día/Mes/Año**	**Número**	**Día/Mes/Año**

APORTE A SEGURIDAD SOCIAL
(aplica aCONTRATISTASPERSONASNATURALES).

Con la firma del presente documento el contratista y el/los supervisor(es) declaran que revisados los documentos que soportan el pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social AFP, ARL (si aplica) y EPS, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la UAESP o evidencian la afiliación al Sistema Integrado de Seguridad Social según corresponda.
Igualmente, el contratista, certifica bajo la Gravedad de Juramento que realizó el aporte a ARL conforme a nivel de riesgo laboral con el cual se encuentra afiliado para el respectivo contrato (para los periodos en que hubo ejecución del contrato).
Lo anterior, de acuerdo con lo preceptuado en la Ley 1753 de 2015, Art. 135, los Decretos 2271 de 2009 y 1273 de 2018 (Art. 2.2.1.1.1.7 y 3.2.7.1.).

NIVEL DE RIESGO ARL	¿Exonerado de aportar a pensión?	RESPUESTA	¿Anexa certificado afiliación como independiente a salud y pensión?	RESPUESTA
1 (0,522%)	Si no está obligado a realizar aporte a pensión deberá adjuntar resolución de pensionado(a) o certificado de exoneración de aportes, emitido por Fondo de Pensiones para el primer pago. En caso de novedad a la pensión debe informar y soportar en el pago respectivo.	**NO**	Si para el primer pago no realizó aportes a seguridad social, deberá adjuntar certificados de afiliación como independiente a salud y pensión expedidos por EPS y Fondo de Pensiones. **NOTA:** aplica si los días a cobrar corresponde al de un mes calendario.	**NO**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR

Como supervisor(es) del contrato certifico/certificamos y me/nos hago/hacemos responsable(s) del cumplimiento de las actividades desarrolladas por el contratista, de conformidad con lo establecido en la minuta del contrato. Así mismo, declaro/declaramos que re

DECLARACIÓN DE RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA

Al suscribir el presente informe, el contratista certifica bajo gravedad de juramentoque ha guardado extrictareserva y confidencialidaddetodalainformaciónrelacionadaconlaUnidadAdministrativa Especial de Servicios Públicos de Bogotá UAESP o sus contratistas de la cual tiene conocimiento por razón de las actividades que desarrolla para la Entidad, por tanto NO ha divulgado, publicado, vendido, intercambiado, comercializado o comunicado, directa o indirectamente a terceros o externos ninguna información de forma verbal o escrita o que conste en cualquier clase de documento de carácter confidencial.

información de forma verbal o escrita o que conste en cualquier clase de documento de carácter confidencial..

OBSERVACIONES AL PAGO(Si aplica)			
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME			
Los abajo firmantes damos fe de que la información diligenciada junto con los anexos del presente informe son verídicos y su contenido es cierto.			
SUPERVISOR (ES)			
Firma:	Supervisor 1:	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	German Duque Arias		
Cargo:	**Jefe OACRI**		
Dependencia:	**OACRI**		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista (natural o jurídica)**:**	Camila Andrea Alba Salamanca	**Nombre:**	
No. Identificación contratista (NIT o C.C.):	1,000,519,429	**Cargo:**	
Representante legal (Persona Jurídica)**:**		**Entidad:**	
Correo institucional (si aplica)**:**		**NIT:**	
Correo personal:	milandreasala2002@gmail.com	**NOTA AL FORMATO:** este documento no puede ser alterado en su estructura, encabezados, pie de página y logos. La altura y anchos de las celdas puede ser modificado si por el contenido de las celdas lo requiere. Cualquier otra modificación dará para no aceptación del documento como soporte para pago. TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA O CORRESPONDIENTE AL FORMATO DEBE SER TOTALMENTE VISIBLE y cualquier información propia del formato que sea borrada es una causal de no aceptación del documento como soporte de pago. LAS FIRMAS NO DEBEN QUEDAR SOLAS EN UNA SOLA PÁGINA.	
Teléfono o celular de contacto:	3115827974		
Dirección de residencia:	Calle 24B #72A-32		

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN					
DATOS DEL INFORME					
CONTRATO	**TIPO DE COMPROMISO (contrato)**	**NÚMERO**	**AÑO**	**PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR**	**Del 9 al 31 de Diciembre de 2025**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**4762025**	**2025**		

DATOS DEL CONTRATO								
Objeto del contrato	OACRI-022 Prestar servicios profesionales para diseñar, elaborar, producir ygenerarpiezasgráficasycomunicativas de actividades internas y misionales de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.	**Fecha inicio del contrato**			**Fecha terminación del contrato** (modificar en caso de prórroga o suspensión)		
		Día	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
		9	12	2025	8	2	2026

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	
Obligación específica del contrato	**Actividades realizadas**
1. Crear anuncios, revistas, periódicos, newsletters, campañas publicitarias, campañas de email marketing.	-En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación.
2. Diseñar páginas web, aplicaciones, interfaces de usuario (UI).	-En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación.
3. Crear y adaptar piezas gráficas que representen adecuadamente la identidad institucional de la Entidad, asegurando el cumplimiento de los estándares de comunicación visual establecidos por la UAESP.	-Cree la pieza infográfica de los 7 puntos clave para superar problemáticas de residuos en calle conservando la identidad visual de la Entidad. -Cree la presentación de los 7 puntos clave para superar problemáticas de residuos en calle asegurando el cumplimiento de la comunicación. -Adapté el mapa de las zonas de lavado .
4. Crear materiales gráficos para medios impresos y digitales.	-Cree la pieza infográfica de los 7 puntos clave para superar problemáticas de residuos en calle para medios digitales. -Cree la presentación de los 7 puntos clave para superar problemáticas de residuos en calle para medios digitales. -Adapté el mapa de las zonas de lavado para medios digitales.
5. Retocar fotos para señalización digital. 6. Realizar difusión de eventos y actividades misionales de la entidad en los canales digitales.	-En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación. -En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación.
7. Gestionar la elaboración y entrega de insumos y piezas gráficas requeridas en proyectos multidisciplinarios, coordinando oportunamente las acciones propias de su labor y articulándose con los equipos designados por la UAESP.	-Realicé la presentación de los 7 factores clave para superar problemáticas de residuos en calle. -Adapté el mapa de lavado de las diferentes zonas de Bogotá. -Diseñé una infografía de los 7 factores clave para superar problemáticas de residuos en calle. -Edité el video de la denuncia de escombros. -Hice acompañamiento al operativo realizado en el barrio Restrepo. -Realicé registro audiovisual del operativo del Restrepo. -Edité el video del operativo realizado en el barrio el Restrepo. -Brinde acompañamiento en el evento PGIRS. -Tome material audiovisual y la edición del video de PGIRS. -Realicé tomas y recopilé material de infractores en San Victorino. -Grabe varios testimonios de recicladores para el especial de navidad. -Hice cubrimiento de la macro intervención en la localidad de Engativá. -Realicé registro fotográfico y edité el video de la macro intervención en Engativá. -Propuse ideas para videos del cambio de esquemas de basuras 2026. -Edité el video del alumbrado del parque Santa Clara. -Realicé cubrimiento y tome fotos y videos de la limpieza en la calle 26.

8. Participar en reuniones, actividades y eventos que sean requeridos por el supervisor del contrato **9.** Ejecutar otras funciones asignadas por el supervisor, siempre que estén alineadas con el objeto contractual. **10**. Realizar un reporte trimestral y a la finalización del plazo del contrato del estado del trámite de Los asuntos que le han sido asignados por el sistema Orfeo.	8. Participe en consejos de redacción agendados por la Oficina Asesora de Comunicaciones. 9. Realicé varios cubrimientos y acompañamientos a diferentes eventos y operativos asignados por el supervisor. 10. N/A

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (si aplica)

Como contratista, proveedor o prestador de servicio declaro bajo la Gravedad de Juramento que la información adjunta es Legal y su contenido es cierto. Así mismo que los documentos que soportan las actividades realizadas (evidencias de ejecución) se adjuntaron a la solicitud de pago del periodo informado, de conformidad con el Instructivo para Radicación y Trámite de Pagos vigente.

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

Los abajo firmantes damos fe de que la información diligenciadajuntoconlosanexosdelpresente informe son verídicos y su contenido es cierto.

SUPERVISOR

Firma:	Supervisor 1:	Supervisor2:	Supervisor 3:
Nombre:	German Duque Arias		
Cargo:	Jefe OACRI		
Dependencia:	OACRI		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:	Camila S.	**Firma:**	
Nombre contratista:	Camila Andrea Alba Salamanca	**Nombre:**	
Nombre representante Legal (persona jurídica):		**Cargo:**	
		Entidad:	
		NIT:	

NOTA AL FORMATO: este documento no puede ser alterado en su estructura, encabezados, pie de página y logos. La altura y anchos de las celdas puede ser modificado si por el contenido de las celdas lo requiere. Cualquier otra modificación dará para no aceptación del documento como soporte para pago. TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA O CORRESPONDIENTE AL FORMATO DEBE SER TOTALMENTE VISIBLE y cualquier información propia del formato que sea borrada es una causal de no aceptación del documento como soporte de pago. LAS FIRMAS NO DEBEN QUEDAR SOLAS EN UNA SOLA PÁGINA.

VoBo APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES(si aplica)

Firma:	Apoyo a la supervisión 1:	Apoyo a la supervisión 2:
Nombre:	Angela Cuestas	
Cargo:	Juridica	

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000519429		CAMILA ANDREA ALBA SALAMANCA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 24bno72a32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115827974	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)						$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000		$15,400		$0	$0		$463,800
Centro de Trabajo:Principal(1 Afiliados)						$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000		$15,400		$0	$0		$463,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000		$15,400		$0	$0		$463,800
1	CC	1000519429 ALBA CAMILA		23030 1	30	$1,470,000	$235,200	EPS017	30	$1,470,000	$183,800	CCF22	30	$1,470,000	$29,400	14-23	30	$1,470,000	1.044%	$15,400	30	$0	$0	No	$463,800
Total Afiliados(1)						$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000		$15,400		$0	$0		$463,800

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2008799622	9494943476	I	2025/12/09	2025/12/15	NU	6	$465,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1				
				1	$235,200	$900	$0	$236,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$235,200	$900	$0	$236,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,400	$100	$0	$15,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,400	$100	$0	$15,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,400	$200	$0	$29,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$29,400	$200	$0	$29,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$183,800	$700	$0	$184,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$183,800	$700	$0	$184,500
TOTAL					$463,800	$1,900	$0	$465,700

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141170996208

(415)7707212489984(8020) **000014117099620 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 0 5 1 9 4 2 9	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o suce sión ilíquida 2	Cédula de Ciuda danía 1 3	10005194 2 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	9 1 6	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALBA	SALAMANCA	CAMILA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 24 B 72 A 32

42. Correo electrónico
milandreasala2002@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 8 2 7 9 7 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 5 0 4 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Exp rtadores Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripciónenelRegistroÚnicoTributario-RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MENDEZ GIRALDO LUIS ALBERTO

985. Cargo Analista V

Fecha generación documento PDF: 05-12-2025 02:58:00PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



Certificado de Cuenta

NuCompañíadeFinanciamientoS.A., NIT 901.658.107-2

Nombre

Camila Andrea Alba Salamanca

Identificación

Cédula de ciudadanía: 1000519429

Cuenta de ahorros

Número de cuenta: 47825456

Estado

Activa

Cliente desde

17 de diciembre de 2025

Esta certificación fue expedida el 19 de diciembre de 2025 a solicitud del titular.

Nu Compañía de Financiamiento S.A. asegura la autenticidad de la información aquí contenida y el uso correcto de acuerdo al reglamento de la Cuenta de Ahorros Nu.

Equipo Nu.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nu Compañía de Financiamiento S.A.

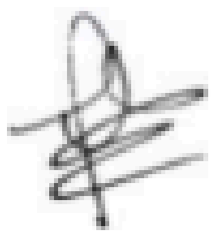
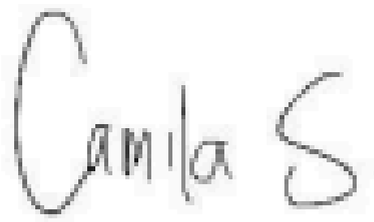
Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

ACTA DE INICIO DE CONTRATO - CONVENIO

Clase de contrato / Convenio:	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**
Contrato / Convenio No:	**UAESP-476-2025**
Objeto:	OACRI-022 Prestar servicios profesionales para diseñar, elaborar, producir y piezas gráficas y comunicativas de actividades internas y misionales de la Ur Administrativa Especial de Servicios Públicos.
Contratista:	**CAMILA ANDREA ALBA SALAMANCA**
Fecha de suscripción:	27/11/2025
Valor contrato / Aporte del Convenio:	**CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000) M/CTE**, incluidos los impuestos de ley a que haya lugar que conlleven la celebración y ejecución total del contrato.
Plazo:	**DOS (2) MESES**
Fecha de inicio:	09/12/2025
Fecha de terminación	08/02/2026
Supervisor(a):	**Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales** o quien haga sus veces o quien designe el ordenador del gasto.

En Bogotá, a los nueve (09) días del mes diciembre de 2025 se reunieron **GERMÁN DUQUE ARIAS**, en su calidad de supervisor designado para la ejecución del contrato, y **CAMILA ANDREA ALBA SANCHEZ** con el fin de dejar constancia por medio de la presente acta, la iniciación real y efectiva del objeto del contrato.

En constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

SUPERVISOR	**CONTRATISTA O REPRESENTANTE LEGAL (cuando aplique)**
Firma: 	
Nombre: **GERMÁN DUQUE ARIAS**	**Firma: Camila Andrea Alba Salamanca**
	Nombre: **CAMILA ANDREA ALBA SALAMANCA**

LAGERENCIADE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

CAMILA ANDREA ALBA SALAMANCA identificado con **CC 1000519429** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS
Tipo y Número de Documento	NI 900126860
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/11/27
Estado de Afiliación	ACTIVO
Tipo de Vinculación	INDEPENDIENTE
Fecha de Inicio del Contrato	2025/11/27
Fecha Fin del Contrato	2026/01/27
Código Actividad Económica Principal	1841301
Clase de Riesgo	1
Fecha de Retiro	SIN RETIRO

Esta certificación se expide a los 2025/12/10.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010