

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 n° 2 correspondiente a la ejecución del contrato de prestación de servicios No 622-2025 por un valor de \$ 1.260.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 al 9 de Enero de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente planilla de pago al Sistema de Seguridad Social integral No 28281590 del mes de Enero correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,

CAMILA MARTIN

INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE

1.031.182.844 de Bogota
camilamartin76@gmail.com

Bogotá D.C 2 de Febrero de 2025

Cuenta de Cobro No 2
EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:
INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE
Cc 1.031.182.844 de Bogotá

LA SUMA DE: 1.260.000

SON: un millón doscientos sesenta mil pesos M/Cte

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 622 del 2025 durante el periodo comprendido entre el 1 al de 9 Enero de 2026.

Código actividad económica principal RUT: 8699

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: Enero

Numero de planilla: 28281590

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 2.800
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	SALUD TOTAL	\$ 65.700
AFP(AportesPensionesObligatorias)	PORVENIR	\$ 84.100

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 91212251289 DEL BANCO BANCOLOMBIA.

Atentamente

CAMILA MARTIN

INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE
CC N° 1031182844
Dirección de residencia: Cr 5 C bis # 48 H 56
Celular personal: 3209387274

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2 PERÍODO: 1 DE ENERO AL 9 DE ENERO DE 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>CPS</u>
NO. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	622 – 10 DE DICIEMBRE 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	<u>N/A</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	<u>N/A</u>
NOMBRE DEL CONTRATISTA	INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1.031.182.844 DE BOGOTA
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	1 MES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.200.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	<u>\$ 1.260.000</u>
FECHA ACTA DE INICIO	<u>10 DE DICIEMBRE DE 2025</u>
PRÓRROGA ¹	<u>N/A</u>
ADICIÓN	<u>N/A</u>
SUSPENSIÓN	<u>N/A</u>
CESIÓN	<u>N/A</u>
DISMINUCIÓN DE PLAZO	<u>N/A</u>
REDUCCIÓN DE VALOR	<u>N/A</u>
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	<u>\$ 4.200.000</u>
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	<u>1 mes</u>
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIÓN O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	<u>9 DE ENERO DE 2026</u>
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

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

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2	
Apoyar en la elaboración de actas de reuniones, comunicaciones, registro de información en los aplicativos y/o herramientas del nivel central, Alcaldía Local, respuestas a requerimientos; así como herramientas que se requieran para la formulación y ejecución de los proyectos de inversión y demás documentos requeridos por el supervisor (a) del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3	
Apoyar y mantener actualizadas las carpetas físicas y expedientes magnéticos con la información de los contratos, proyectos de inversión que le sean designados por el supervisor (a) del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1 FUID CPS 332-2022 Fecha : 8 de enero de 2026 Area de planeacion	Actividad 1 Se apoya la realizacion del FUID para el convenio interadministrativo Fundación Ecodes
OBLIGACION ESPECIFICA 4	

INFORME DE ACTIVIDADES

Apoyar y/o asistir a las actividades, reuniones presenciales y/o virtuales, capacitaciones entre otros que se generen en el marco de los Proyectos de Inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no se realizo esta obligacion.	Para este periodo no se realizo esta obligacion.

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5

Presentar el informe mensual de actividades con las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas del contrato.




ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se presenta informe es insumo de evidencia y entrega de documentos que se generaron en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	Como medio de verificación se realiza el informe de actividad correspondiente al mes de Enero

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6

Las demás que sean asignadas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>Se realiza atención y orientación a la ciudadanía en la oficina de planeación, los días:</p> <p>Actividad 1: 6 de enero de 2026 Hora : 8:00 am a 4:00 pm</p> <p>Actividad 2: 8 de enero de 2026 Hora : 8:00 am a 4:00 pm</p>	<p>Actividad 1: Como medio de verificación se cuenta con cronograma que sustenta la actividad.</p> <p>Actividad 2: Como medio de verificación se cuenta con cronograma que sustenta la actividad.</p>

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1			
Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.			
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL		
Actividad 3: 9 de enero de 2026 Hora : 8:00 am a 4:00 pm	Actividad 3: Como medio de verificación se cuenta con cronograma que sustenta la actividad		
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR
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 efectivamente desarrolladas en el período 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: INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE Cédula: 1.031.182.844 DE BTA	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
		Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO Cargo: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE Firma: 	
		VISTO BUENO	
		Nombre: FREDDY ALBERTO ARIAS MARQUEZ Firma: 	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031182844	INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE		CALLE 63 SUR 30-40	0000000	camilamartin76@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	21/01/2026	28281590	\$152.600	

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	65.700	0		0		0	0	0	0	65.700	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	
230301	Porvenir	800224808-8	84.100	0	0	0	0	0	0	0	84.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.800				2.800	0	0	2.800			28	2.800	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	65.700	65.700
Pensión	1	84.100	84.100
Riesgos Laborales	1	2.800	2.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	152.600	152.600



CAMILA MARTIN <camilamartin76@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✓ CUS 2098651836

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: Camilamartin76@gmail.com

20 de enero de 2026 a las 21:32

**¡Hola, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE!****Estado de la Transacción:** Aprobada ✓**Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 152.600**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 20/01/2026**CUS:** 2098651836

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

Número de Contrato 622 de 2025

Yo, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1031182844 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 2025		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):

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
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

Declaración Juramentada

¿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 (02) días del mes de Febrero del 2026.

CAMILA MARTIN

Firma:

Nombre : INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE

C.C : 1031182844 De Bogotá.

Dirección de correspondencia: Cl 63 Sur 30-40

Teléfono de contacto: 3209387274

Correo electrónico institucional:

Correo electrónico personal: camilamartin76@Gmail.com

Bogotá D. C.,

Señores:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL 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, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1031182844 de Bogotá, me permito informar que actualmente SI__NO__x__, 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 dos (02) de Febrero de 2026.

Firma: CAMILA MARTIN

Nombre: INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE

C.C 1.031.182.844 de Bogotá

Dirección de Residencia: Cl 63 Sur 30-40

Teléfono de contacto: 3209387274

Correo electrónico de notificación: camilamartin76@Gmail.com

Bogotá, D. C. 02 de Febrero de 2026

CONSTANCIA

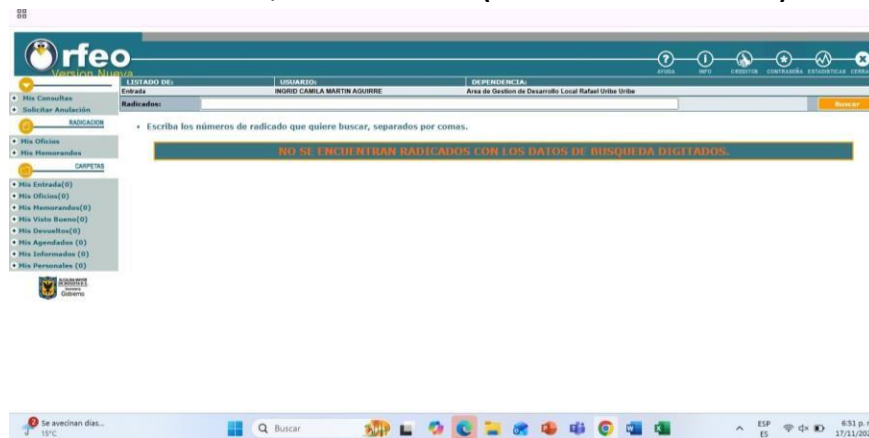
Yo , INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE habiendo suscrito contrato No. **622** de **2025** con el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

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.

REGISTRAR AQUÍ LA EVIDENCIA (PANTALLAZO DE ORFEO).



CAMILA MARTIN

INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE
C.C. No 1.031.182.844 de Bogotá



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

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






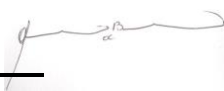
**LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA QUE:**

Fecha: _____ 13/01/2026 Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe
El(la) señor(a): _____ Ingrid Camila Martín Aguirre
Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 1031182844 de: Bogotá D.C
Correo Personal : Camilamartin76@gmail.com Celular : _____ 3209387274
Direccion para notificación (puede ser el correo personal): _____ Camilamartin76@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
Contrato No.	622-2025	2025	Proyecto No. 2775
Desde:	10/12/2025	Hasta: _ 9/01/2026	

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	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Verificó Nombre <u>Carlos Barrera A.</u>	Observaciones ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO: No tiene equipos a cargo BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:
APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Supervisor Orfeo Nombre <u>Adriana Castro</u>	Observaciones A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacías
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Verificó Nombre <u>Edixon Alexander Iovar Pinzo</u>	Observaciones No tiene elementos a cargo
ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL  Verificó Nombre <u>Edixon Alexander Iovar Pinzo</u>	Observaciones No tiene elementos a cargo
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Carné  Verificó Nombre <u>Johanna Rubiano</u>	Observaciones Entregó carné institucional físico
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Verificó Nombre _____	Observaciones SERIE CONTRATOS: Sin expedientes en préstamo Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Titulo IV Articulo 15

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Informe de actividades final 10 de DICIEMBRE de 2025 al 9 de ENERO de 2026

El presente informe final consolida de manera integral las actividades desarrolladas en el marco del Contrato de Prestación de Servicios No. 622 -2025, suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe. El documento recoge de forma articulada las acciones ejecutadas en cumplimiento del objeto contractual y de las obligaciones específicas asignadas, evidenciando el desarrollo continuo y sistemático de las labores encomendadas.

Tipo de contrato: Prestación de servicios.

Objeto contractual: Prestación de servicios de apoyo técnico para apoyar la formulación, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión que forman parte del Plan de Desarrollo Local de la localidad de Rafael Uribe Uribe.

Entidad contratante: Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.

Las obligaciones contractuales fueron atendidas de manera oportuna y conforme a los lineamientos establecidos. Se presentaron los informes de actividades con sus respectivos soportes, se mantuvo actualizada la información documental de los proyectos asignados y se dio respuesta a los requerimientos formulados por la supervisión del contrato. De igual forma, se cumplió con la asistencia a actividades institucionales y con la ejecución de las tareas adicionales asignadas en el marco de la naturaleza del contrato.

Resultados y Aportes

Las actividades desarrolladas contribuyeron al fortalecimiento de los procesos administrativos y técnicos del Fondo de Desarrollo Local, facilitando la adecuada formulación, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión. El apoyo brindado permitió optimizar la gestión documental, mejorar la articulación con actores institucionales y garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan de Desarrollo Local.

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 622-2025

Yo **DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO** en calidad de supervisor(a) del contrato No. 622-2025 suscrito entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE** y **INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE** identificado(a) con el número de documento 1.031.182.844 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 1 presentado para el período comprendido entre el 1 al 9 de Enero de 2026.

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 \$ 1.260.000.

En constancia se firma a los 2 días del mes de febrero de 2026.

Apoyo a la supervisión,



FREDDY ALBERTO MARQUEZ ARIAS
Visto Bueno

Supervisor,



DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe