

Bogotá D.C., 02 de Diciembre de 2024

Doctora

**Diana Carolina Sánchez Castillo**  
**ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE**

Calle 32 Sur No. 23 - 62  
Ciudad

Asunto: **PRIMER (1) Pago – CPS N° 556– 2024**

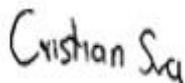
Respetada Doctora:

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios N°556 de 2024, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: EL 05 de NOVIEMBRE Hasta el 30 de NOVIEMBRE 2024

1. Cuenta de cobro
2. Informe de actividades.
3. Planilla seguridad social del mes de noviembre de 2024.
4. Soporte de pago seguridad social
5. Certificación tributaria.
6. Acta de inicio
7. Clausulado
8. Certificación bancaria
9. Rut
10. Rit
11. Declaración juramentada de otros contratos
12. Formulario declaracion de estao de otros contratos

Agradezco su amable atención y colaboración.



**CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ**  
**CC N° 1.014.227.004**

Dirección de residencia: calle 83 # 95 - 34 Bloque C2 Ap. 414

Celular personal: 3132034882

Correo electrónico personal: ccsua03t@gmail.com

Fecha de nacimiento: 03/11/1991

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 01<br>PERÍODO: 5 de NOVIEMBRE de 2024 al 30 de NOVIEMBRE de 2024 |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                    | «PRESTACIÓN DE SERVICIOS»                                                                                                                                                                                                                                                       |
| No. CONTRATO Y FECHA                                                                                | «CPS-556-2024»                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                              | CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ                                                                                                                                                                                                                                                       |
| TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN                                                              | «CC. 1014227004»                                                                                                                                                                                                                                                                |
| PLAZO DE EJECUCIÓN                                                                                  | «2 MES(ES), 15 DÍA(S)»                                                                                                                                                                                                                                                          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                            | \$ 14.850.000 PESOS M/C                                                                                                                                                                                                                                                         |
| VALOR DEL PERIODO DE COBRO                                                                          | \$ 5.148.000 PESOS M/C                                                                                                                                                                                                                                                          |
| No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)                                                          | «O23011605570000001697» Gestión pública transparente y que rinde cuentas a la ciudadanía en Rafael Uribe Uribe                                                                                                                                                                  |
| FECHA ACTA DE INICIO                                                                                | «05/11/2024»                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PRÓRROGA                                                                                            | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ADICIÓN                                                                                             | NA                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| SUSPENSIÓN                                                                                          | NA»                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)                                 | «19/01/2025»                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                 | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024. |

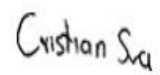
## ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PRODUCTOS                          | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obligación No.1</b> Elaborar diagnósticos/ documentos y/o informes entre otros relacionados con los Proyectos de Inversión y temas que se relacionen con el Plan de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe requeridos por el Alcalde local de Rafael Uribe Uribe dando estricto cumplimiento al plazo requerido.                             | <b>Actividad 1:</b><br>Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1. N/A                             | <b>Actividad 1:</b> Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad. |
| <b>Obligación No.2.</b> Realizar el seguimiento a la ejecución de los recursos y metas del Plan de Desarrollo Local y/o Proyectos de inversión asignados por el supervisor (a) del Fondo de Desarrollo Rafael Uribe Uribe para lo cual deberá presentar mensualmente informes de gestión                                                        | <b>Actividad 1:</b> Se realizó la revisión de la MUSI con corte al tercer trimestre del año con el fin de verificar y realizar seguimiento al cumplimiento de las metas de los procesos asignados.                                                                                                                                                                                                                                                | 1 Documento en PDF                 | <b>Actividad 1:</b> Se verifica mediante base de datos                                                                          |
| <b>Obligación No 3:</b> Elaborar los estudios previos, anexos técnicos, estudio del sector, matriz de riesgos, estudio de mercado entre otros en su parte técnica durante la fase precontractual de los procesos derivados de (los) Proyectos de Inversión donde sea designado por el supervisor (a) del Fondo de Desarrollo Rafael Uribe Uribe | <b>Actividad 1:</b><br>Se realizó la respectiva revisión y ajustes de las formulaciones proyectadas ( anexos técnicos, estudios previos, estudios de mercado, matriz del riesgo) de los proyectos:<br><ul style="list-style-type: none"><li>1646 - Vincular 2000 personas en actividades recreodeportivas comunitarias.</li><li>1647 - Capacitar 3780 personas en los campos artísticos, interculturales, culturales y/o patrimoniales.</li></ul> | 1 carpeta con documentos revisados | <b>Actividad 1:</b> Se verifica mediante documentos revisados y proyectados                                                     |
| <b>Obligación 4:</b> Verificar, calificar y evaluar técnicamente las propuestas para los procesos de contratación que le sean asignados por el supervisor (a) del contrato.                                                                                                                                                                     | <b>Actividad 1:</b><br>Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                | <b>Actividad 1:</b> Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad. |
| <b>Obligación 5:</b> Participar en las reuniones, citaciones de la junta de administración Local, comités de contratación, comités técnicos de seguimiento, reuniones, actividades de la administración local, distrital, capacitaciones, entre otros donde sea designado (a) por el supervisor del contrato.                                   | <b>Actividad 1:</b><br>Se asiste a reunión de equipo de planeación el día 07/11/2024.<br>Se asiste a reunión de equipo de planeación el día 07/11/2024.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Actas de reunión                   | <b>Actividad 1:</b> Actas de reunión                                                                                            |

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTOS                                           | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obligación 6:</b> Elaborar las respuestas a las solicitudes y/o requerimientos de diferentes índole que por competencia le sean asignados por el supervisor (a) del contrato dando cumplimiento estricto a los tiempos que exige la norma.                           | <b>Actividad 1:</b><br>Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad.                                                                                                                          | N/A                                                 | <b>Actividad 1:</b> Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad.                                         |
| <b>Obligación 7:</b> Realizar el seguimiento técnico, administrativo, financiero y contable de los procesos contractuales donde sea designado como apoyo a la supervisión en el marco de lo previsto en el manual de supervisión de la Secretaría Distrital de Gobierno | <b>Actividad 1:</b><br>Se me designa como apoyo a la supervisión del contrato CPS 357-2023 y apoyo a la liquidación del contrato CIA-415-2022.<br><br><b>Actividad 2:</b><br>Se realiza reunión con el operador del contrato CPS 357-2023 el día 18/11/2024 | N/A                                                 | <b>Actividad 1:</b> Correo designando el apoyo a la supervisión y/o liquidación de los contrato CPS 357-2023 y CIA-415-2022.<br><br><b>Actividad 2:</b> Acta de reunión |
| <b>Obligación 8:</b> Entregar, mensualmente informe de actividades, adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas                                                                                                                 | <b>Actividad 1:</b><br>Se realizó la entrega del informe de actividades correspondiente al periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024                                                                                                   | Documento pdf                                       | <b>Actividad 1:</b> Informe de actividades                                                                                                                              |
| <b>Obligación 9:</b> Apoyar las demás actividades que se generen en la ejecución del contrato y que le sean asignadas por el Alcalde Local y/o el supervisor (a) del contrato y que surjan de la Naturaleza del Contrato                                                | <b>Actividad 1:</b><br>Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad.                                                                                                                          | N/A                                                 | Durante el periodo del 05 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024 no se me designó dicha actividad.                                                             |
| 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                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                         | FAMISANAR                                                                                                                                                                                                                                                   | POSITIVA                                            | PORVENIR                                                                                                                                                                |
| FIRMAS                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                     |                                                                                                                                                                         |

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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><br>Firma: <br>Nombre: CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ<br>C.C. 1014227004                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           | <b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b><br>Nombre: Diana Carolina Sánchez Castillo<br>Cargo: SUPERVISORA/ ALCALDESA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE<br>Firma:  |
| <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 APLIQUE)</b><br>Nombre: FREDDY MARQUEZ<br>Cargo: Líder planeación<br>Apoyo a la supervisión<br>Firma:         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |                                                                                                                                                                                                                                     |

Bogotá D.C; 02 de Diciembre de 2024

## Cuenta de Cobro No 01

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

**DEBE A:**

**CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ**

**C.C. 1.014.227.004**

**LA SUMA DE: CINCO MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL PESOS.**  
**SON: \$ 5.148.000 M/CTE**

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No.355 del 2024 durante el periodo comprendido entre el **05 DE NOVIEMBRE DE 2024** al **30 DE NOVIEMBRE DE 2024**.

Código actividad económica principal RUT: 7220  
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: **NOVIEMBRE**      Número de planilla: **9477662230**

| CONCEPTO                             | ENTIDAD   | VALOR APORTE |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| ARL (Riesgos Profesionales)          | POSITIVA  | \$ 43.700    |
| EPS (Aporte Salud Obligatoria)       | NUEVA EPS | \$ 522.500   |
| AFP (Aportes Pensiones Obligatorias) | PORVENIR  | \$ 668.800   |

**Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 24060390718 del Banco Caja Social.**

Atentamente,

**CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ**  
**C.C. 1.014.227.004 de Bogotá**

**Dirección de residencia: CALLE 83 # 95 -34 BQ C2 AP. 414**  
**Celular personal: 3132034882**  
**ccsua03t@gmail.com**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                           |                 |                    |                                |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                      | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1014227004                 |    | SUA LOPEZ CRISTIAN CAMILO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 83 N 95-34 BL C2 APT 414 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3132034882 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                   |             |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago              |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Valor       |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1067536518 | 9477662230 | I        | 2024/12/03 | 2024/11/22 | BANCO CAJA SOCIAL | \$1,235,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |              |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|--------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION      |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo       | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |            |              |        | \$4,180,000 | \$668,800   |           |        | \$4,180,000 | \$522,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,180,000 | \$43,700 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |              |        | \$4,180,000 | \$668,800   |           |        | \$4,180,000 | \$522,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,180,000 | \$43,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |              |        | \$4,180,000 | \$668,800   |           |        | \$4,180,000 | \$522,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,180,000 | \$43,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC             | 1014227004 | SUA CRISTIAN | 230301 | 30          | \$4,180,000 | \$668,800 | EPS037 | 30          | \$4,180,000 | \$522,500 | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$4,180,000 | \$43,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |              |        | \$4,180,000 | \$668,800   |           |        | \$4,180,000 | \$522,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$4,180,000 | \$43,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                           |                 |                    |                                |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social              | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                      | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1014227004                 |    | SUA LOPEZ CRISTIAN CAMILO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 83 N 95-34 BL C2 APT 414 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3132034882 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                   |             |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago              |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco             | Valor       |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1067536518 | 9477662230 | I        | 2024/12/03 | 2024/11/22 | BANCO CAJA SOCIAL | \$1,235,000 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$668,800       | \$0            | \$0                    | \$668,800     |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$668,800       | \$0            | \$0                    | \$668,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$43,700        | \$0            | \$0                    | \$43,700      |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$43,700        | \$0            | \$0                    | \$43,700      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$522,500       | \$0            | \$0                    | \$522,500     |
| NUEVA E.P.S.                 | EPS037 | 900,156,264 | 2  | 1         | \$522,500       | \$0            | \$0                    | \$522,500     |
| TOTAL                        |        |             |    | 1         | \$1,235,000     | \$0            | \$0                    | \$1,235,000   |



cristian sua &lt;cristiansuacs@gmail.com&gt;

**PSE Transacción Aprobada - CUS 1067536518 ✓**

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: cristiansuacs@gmail.com

21 de noviembre de 2024, 18:59

**¡Hola, Cristian Camilo Sua Lopez !**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓  
CUS: 1067536518  
Empresa: APORTES EN LINEA  
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477662230  
Valor de la Transacción: \$ 1.235.000  
Fecha de Transacción: 21/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 556 de 2024

Yo, CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.014.227.004 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 2023                                                                                                                  | X  |    |
| He contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.                                     |    | X  |
| Declaro que el 80% o más de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica | X  |    |

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 “*Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente*” y el Decreto Nacional No. 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se podrá aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

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?<br>(Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica) |    | X  |
| ¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)                           |    | X  |
| ¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)                                              |    | X  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| ¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?<br>(Anexar certificación en la primera cuenta)                                                                                                                                                                                             |           | <b>X</b>  |
| <b>DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| ¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago?<br>(Anexar certificación en la primera cuenta)                                                                                                                                                |           | <b>X</b>  |
| ¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT?<br>(Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) |           | <b>X</b>  |

Se expide y firma a los (02) días del mes de DICIEMBRE de 2024

*Cristian Sua*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ

C.C: 1.014.227.004

Dirección de correspondencia: CALLE 83 # 95 - 34 BLOQUE C2 AP. 414

Teléfono de contacto: 3132034882

Correo electrónico institucional: cristian.sua@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: ccsua03t@gmail.com

(415)7707212489984(8020) 000211860918557 3

91900161783500

2 0 2 4 2 2 6 6 7 2 2 8 5 6

## ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE

### ACTA DE INICIO

#### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 556 de 2024

**CONTRATISTA:** SUA LOPEZ CRISTIAN CAMILO

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024

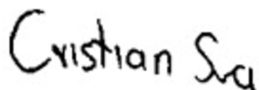
**VALOR:** \$ 14.850.000,00

**PLAZO:** 2 mes(es), 15 día(s)

El día 05 de NOV de 2024 se reunieron SUA LOPEZ CRISTIAN CAMILO, mayor de edad, con C.C. No 1014227004, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 556 de 2024, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

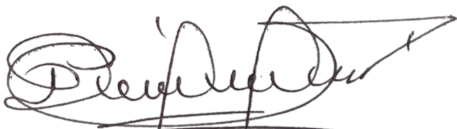
Contratista,



**SUA LOPEZ CRISTIAN CAMILO**

C.C. No 1014227004

Por la ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE URIBE,



**DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO**

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ

Identificado con CC 1014227004

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina LAS AGUAS, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

|                                |                                                                          |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Número:</b>                 | 24060390718                                                              |
| <b>Fecha de apertura:</b>      | 24 de Febrero de 2016                                                    |
| <b>Saldo disponible:</b>       | \$35,823.05                                                              |
| <b>Saldo total a la fecha:</b> | \$17,340,891.49                                                          |
| <b>Condiciones de uso:</b>     | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| <b>Estado:</b>                 | Cuenta activa                                                            |

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 20 de Octubre de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**





DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:20/10/2024

CONTRIBUYENTE

C.C. 1014227004

CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 83 95 34 BQ C2 AP 414      Teléfonos: 3132034882  
Dirección electrónica: cristiansuacs@gmail.com      Ciudad: BOGOTÁ DC      Municipio: BOGOTÁ, D.C.  
Fecha de Inscripción: 28/02/2018      Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL      Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA      Fecha desde: NO  
Matrícula Mercantil:NO      Fecha inicio de Actividades: 24/12/2013      Fecha de cese de Actividades: NO      No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 72202 - Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades en el ejercicio de una profesión liberal  
Actividad 2:  
Actividad 3:  
Actividad 4:  
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la  
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



Bogotá D. C.,

Señores:

**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, Cristian Camilo Sua Lopez, identificado con cédula de ciudadanía número 1.014.227.004, 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   | Fondo de Desarrollo Local de Tunjuelito | CPS -310-2024      | 4 meses con 10 días | \$ 22.966.667        | 18/07/2024                             | 27/11/2024                        |
| 2   |                                         |                    |                     |                      |                                        |                                   |
| 3   |                                         |                    |                     |                      |                                        |                                   |
| 4   |                                         |                    |                     |                      |                                        |                                   |
| 5   |                                         |                    |                     |                      |                                        |                                   |

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 2 de diciembre de 2024.

*Cristian Sua*

Firma:

Nombre: Cristian Camilo Sua Lopez

C.C: 1.014.227.004

Dirección de Residencia: Calle 83 No. 95 - 34 Bq C2 Ap. 414

Teléfono de contacto: 3132034882

Correo electrónico institucional: cristian.sua@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico de notificación: ccsua03@gmail.com

## FORMULARIO DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

### IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:

Nombres: Cristian Camilo

Apellidos: Sua Lopez

Documento de identidad: 1.014.227.004

Celular: 3132034882

Número y contacto en caso de emergencia: 3125361102

Correo electrónico: ccsua03@gmail.com

*Se debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales, su condición de salud actual y pasada, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.*

|    | PREGUNTA                                                                                                                                                                                                       | Si | No   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 1  | ¿Refiere algún tipo de comorbilidad o enfermedad de base?                                                                                                                                                      |    | X    |
| 3  | ¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su periodo menstrual?                                                                                                                                 |    | X    |
| 4  | ¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta?                                                                                                                                          |    | X    |
| 5  | ¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco, angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?                                                  |    | X    |
| 6  | ¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar alta en la sangre?                                                                                                                                              |    | X    |
| 7  | ¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?                                                  |    | X    |
| 8  | ¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?                                                                                                                    |    | X    |
| 9  | ¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?                                                                                                          |    | X    |
| 10 | ¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, otro?                                                                                           |    | X    |
| 11 | ¿Sufre o ha sufrido cáncer?                                                                                                                                                                                    |    | X    |
| 12 | ¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, otra?                                                                                |    | X    |
| 14 | ¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?                                                                                                                                                                    |    | X    |
| 16 | ¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?                                                                                                                                                    |    | X    |
| 17 | ¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?                                                                                                              |    | X    |
| 18 | ¿Algún familiar cercano (padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación? |    | X    |
| 19 | ¿Cuál es su peso?                                                                                                                                                                                              |    | 80Kg |
| 20 | ¿Cuál es su estatura?                                                                                                                                                                                          |    | 1.72 |
|    | <b>OTROS EVENTOS Y HABITOS</b>                                                                                                                                                                                 |    | X    |
| 1  | ¿Se le ha reconocido por EPS o ALR alguna enfermedad Laboral?                                                                                                                                                  |    | X    |
|    | Describe:                                                                                                                                                                                                      |    | X    |
| 3  | ¿Ha sufrido algún accidente laboral?                                                                                                                                                                           |    | X    |
|    | Describe:                                                                                                                                                                                                      |    | X    |
| 4  | ¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)                                                                                                                   |    | X    |
| 5  | ¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?                                                                                                                                                            |    | X    |
| 7  | ¿Sufre de alguna discapacidad Física y o mental?                                                                                                                                                               |    | X    |
|    | Describe:                                                                                                                                                                                                      |    | X    |

Firma del Contratista:

Cristian Sua

Fecha: 02/12/2024

**ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)**

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ 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 el 05 de noviembre hasta el 30 de noviembre de 2024.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contrato:              | No. 556-2024                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tipo de Contrato:      | Prestación de Servicios                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Contratista:           | CRISTIAN CAMILO SUA LOPEZ                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Cédula o NIT           | No. 1.014.227.004                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Objeto:                | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA APOYAR LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE 2021-2024. |
| Plazo del contrato:    | 2 MES(ES), 15 DÍA(S)                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Fecha iniciación:      | 05/11/2024                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Fecha de terminación:  | 19/01/2025                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Prórroga(s)            | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Valor inicial pactado: | \$ 14.850.000                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Valor adicional:       | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Valor a pagar:         | \$5.148.000 (No. de pago: 1)                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Número de PIN:         | 9477662230                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Periodo cotizado.      | Noviembre 2024                                                                                                                                                                                                                                                                  |

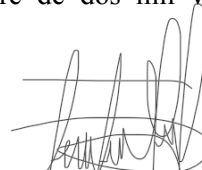
Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma al doce (12) día del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Interventor o Supervisor,



**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**  
C.C. No. 52.883.374 de Bogotá  
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe



**FREDDY MARQUEZ**  
C.C. No 13.275.913 de Cúcuta  
Apoyo a la supervisión