BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

Código: GCO-GCI-F148
Versión: 03
Vigencia: 21 de diciembre de 2022
Caso HOLA: 282943

## FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

**ART 383** ☑

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO No.** | PRESTACION DE SERVICIOS | 594-2024 | **FECHA:** | **31/12/2024** |
| **CONTRATISTA:** | OLGA MILENA OSPINA MONSALVE | | **NIT. o C.C.** | 43.997.810 |
| **PERIODO:** | **Del** | **1/12/2024** | **Al** | **31/12/2024** |
| **PAGO No.** | **2** | Documento No. | Cuenta cobro | **2** |

**Responsable IVA** ☐ **Pensionado** ☐ **Dependientes** ☑ **Declarante de renta** ☐

| PAGO | CUENTA CONTABLE CGN | CUENTA CONTABLE SDH | BASE | % | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR BRUTO** | 51117901 | 5111790317 | | | **5.940.000** |
| Retefuente Arrendamientos | | | - | 0,00% | **0** |
| Retefuente Servicios | | | - | 0,00% | **0** |
| Retefuente Rentas de Trabajo | 24361502 | **2436150201** | 3.492.630 | 0,00% | **0** |
| Retefuente Compras | | | | | |
| Retefuente C.O.P | | | | | |
| Reteiva | 243625 | **2436250100** | - | 15,00% | **0** |
| Reteica | **243627** | **2436270100** | 5.250.840 | 0,966% | **50.723** |
| Contribución Especial | | | | | |
| Amortización Anticipos | | | | | |
| Otros Ajustes de Reten. | | | | | **0** |
| **TOTAL DESCUENTOS** | | | | | **50.723** |
| **NETO A PAGAR** | **240101** | **2401010100** | | | **5.889.277** |

LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ
**Contador F.D.L RUU E**

Elaboró: Nicolas Moreno - Profesional de apoyo FDLRUU
Aprobó:

**PLANILLA MES DEL INGRESO** ☑ DICIEMBRE

**Objeto del Contrato:**

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

Rubro Presupuesta: **O23011605570000001697**

OBSERVACIONES:

Se liquida según la certificación de cumplimiento del supervisor y el apoyo a la supervisión, de acuerdo con autorización del ordenador del gasto con memorando No. 20246820026533 de fecha 26/12/2024 y cuenta radicada en aplicativo ORFEO remitida por la Profesional Especializada 222 grado 24 Area de Gestión Adminsitrativa y Financiera.

| | |
|---|---|
| **Base para pago de salud, pensión y ARL** | 2.376.000 |
| Aporte obligatorio para salud - 12,5% | 297.000 |
| Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP | 380.160 |
| Aporte obligatorio ARL | 12.000 |
| **TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN** | 689.160 |

Bogotá D.C., 31 de Diciembre de 2024

Doctora
**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**
ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: **Segundo (2) Pago – CPS N°594 – 2024**

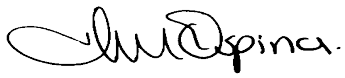
Respetada Doctora:

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios N°594 de 2024, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: EL 01 De diciembre Hasta el 31 de diciembre 2024

1. Cuenta de cobro
2. Informe de actividades.
3. Planilla seguridad social del mes de Diciembre de 2024.
4. Soporte de pago seguridad social.
5. Certificación tributaria.

Agradezco su amable atención y colaboración.



**Olga Milena Ospina Monsalve**
**CC N° 43.997.810**
Dirección de residencia: Cr 77 nro. 20 53
Celular personal: 3204194608
Correo electrónico personal: nanyospina27@hotmail.com
Fecha de nacimiento: 06-03-1984

Bogotá D.C 31 DIC 2024

**Cuenta de Cobro No 02**

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

**DEBE A:**
**Olga Milena Ospina Monsalve**
**C.C. 43.997.810**

**LA SUMA DE: Cinco millones novecientos cuarenta mil pesos 5.940.000M/C.**

**POR CONCEPTO DE:** Pago correspondiente del contrato de Prestación de Servicios No. 594 de 2024, del periodo comprendido entre el 01 de diciembre al 31 de diciembre del 2024.

Código actividad económica principal RUT: 8299
No soy responsable del Impuestos a las Ventas – IVA

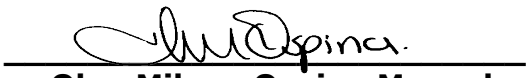
**CERTIFICO QUE**: Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, así:

Mes de aporte: **Diciembre** Numero de planilla:82872121

| CONCEPTO | ENTIDAD | VALOR APORTE |
|---|---|---|
| ARL (Riesgos Profesionales) | POSITIVA | $ 12.600 |
| EPS (Aporte Salud Obligatoria) | NOMBRE | $ 300.000 |
| AFP (Aportes Pensiones Obligatorias) | NOMBRE | $ 384000 |

**Favor Consignar a: CUENTA DE AHORRO No 009400837408 del Banco Davivienda**

Atentamente,



**Olga Milena Ospina Monsalve**
**CC N° 43.997.810 de Bogotá**
**Cr 77 Nro 20 53 APTO 906**
**320 419 46 08**
**Nanayospina27@hotmail.com**
**06 de Marzo de 1984**

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| INFORME **MENSUAL** DE ACTIVIDADES No 2<br>PERÍODO 01 DIC AL 31 DIC DE **2024** | |
|---|---|
| **DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO** | |
| **TIPO DE CONTRATO** | Prestacion de Servicios |
| **No. CONTRATO Y FECHA** | 594 del 2024 Fecha de suscripción 06 de noviembre de 2024 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | Olga Milena Ospina Monsalve |
| **TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN** | 43.997.810 de Medellín |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | 2 (MESES), 15 (DIAS) |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | 14.850.000 |
| **VALOR DEL PERIODO DE COBRO** | 5.940.000 |
| **No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)** | 023011605570000001697 |
| **FECHA ACTA DE INICIO** | 15 de noviembre de 2024 |
| **PRÓRROGA**[1] | N/A |
| **ADICIÓN** | N/A |
| **SUSPENSIÓN** | N/A |
| **FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)** | 29 de enero del 2025 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | **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** |

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 1.Elaborar diagnósticos/ documentos y/o informes entre otros relacionados con los Proyectos de Inversión y temas que se relaciones con el Plan de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe requeridos por el Alcalde local de Rafael Urie Uribe dando estricto cumplimiento al plazo requerido | Para el mes de diciembre no se requirió desarrollar esta actividad | Para el mes de diciembre no se requirió desarrollar esta actividad | N/A |
| 2. 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 | Proyectos asignados<br><br>**8460 2024 Ingreso Minimo Garantizado**<br><br>Fui citada para acompañar la sesion de la JAL donde se llevo acabo la presentacion sobre la sustentacion y discusion PAL 007 2024 – POAI 2025<br>Dia 10 de dic 2024<br>Hora 7:00 am a 12:00 m<br><br>**1647 2024 Filarmonica de Bogota**<br><br>• Para el dia 11 de diciembre del 2024 se realiza inventario de instrumentos en el Colegio Quiroga Alianza Hora 9:00 am. | 1 Imágenes<br>1 Acta de reunion<br>1 Correo<br>1Archivo word<br>. | 3 Archivos pdf<br>1 Archivo Word |

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| | • Se adelanta la revision de los documentos convenio 2025<br>• Se lleva acabo una reunion virtual el dia 12 de diciembre del 2024 Hora: 3:00 pm con la representante de la Filarmonica de Bogota asiganada para la localidad con el fin de ajustar los acuerdos con los cuales se desarrollara el posible convenio para el año 2025. | | |
| 3. 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 | Para el mes de Diciembre<br>Se revisa la Propuesta tecnica<br>Convenio Interadministrativo | 2 Documentos | 2 archivos word |

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 4. Verificar, calificar y evaluar técnicamente las propuestas para los procesos de contratación que le sean asignados por el supervisor (a) del contrato | Para el mes de Diciembre no se requirió desarrollar esta actividad | Para el mes de Diciembre no se requirió desarrollar esta actividad | N/A |
| 5. 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. | Se tiene programada reunion de seguimiento con la FILARMONICA BOGOTA para el dia 12 de diciembre a las 3:00 pm con el fin de contextualizar los avances de ejecucion del contrato<br><br>Participe en la sesion de la JAL donde se llevo acabo la presentacion sobre la sustentacion y discusion PAL 007 2024 – POAI 2025<br>Dia 10 de dic 2024<br>Hora 7:00 am a 12:00 m<br><br>Participe en la reunion que cito el area de Planeacion con el fin de tratar temas Acciones de Mejora Hallazgos contraloria<br>Dia 06 dic<br>Hora 9:00 am<br>Modalidad Virtual | 1 Correo<br>1 Correo<br>1 Imagenes | 3 archivos PDF |

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 6. Elaborar las respuestas a las solicitudes y/o requerimientos de diferente índole que por competencia le sean asignados por el supervisor (a) del contrato dando cumplimiento estricto a los tiempos que exige la norma | Para el mes de Diciembre no se requirió desarrollar esta actividad | Para el mes de Diciembre no se requirió desarrollar esta actividad | N/A |
| 7.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 | Para el mes de diciembre se realiza seguimiento a los proyectos que tengo a cargo de supervisión, se crea carpetas digitales según requerimiento y lineamiento del jefe del área de planeación, donde reposan las evidencias del desarrollo de las acciones ejecutadas. | 1 Documento<br>1 Documento<br>1 Documento<br>1 Documento | 2 Archicos de wORD<br>2 Archivos PDF |

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 8. Entregar, mensualmente informe de actividades, adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas | De acuerdo a las obligaciones asignadas al contrato se adelantaron acciones que evidencian las actividades realizadas y se anexaron aportunamente, con el fin de dar cumplimiento | 1 archivo | 1 archivo PDF |
| | | | |

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDAD | PRODUCTOS | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|---|---|
| 9. 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. | En el mes de noviembre no me fue asignada alguna otra obligación a las ya descritas en el informe de actividades | En el mes de noviembre no me fue asignada alguna otra obligación a las ya descritas en el informe de actividades | N/A |

| 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** |
| | **COMPENSAR** | **POSITIVA** | **PROTECCION** |

**FIRMAS**

| | |
|---|---|
| **DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. | **CONTRATISTA**<br>**Firma:**<br>**Nombre: Olga Milena Ospina Monsalve**<br>**Cédula: 43.997.810** |
| **DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:** Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato. | **SUPERVISOR/INTERVENTOR**<br>**Nombre: Diana Carolina Sánchez Castillo**<br>**Cargo: Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe**<br>**Firma:**<br>**APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)**<br>**Nombre: Freddy Alberto Márquez Arias**<br>**Cargo: Apoyo a la Supervisión**<br>**Firma:** |

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 43997810 | OLGA MILENA OSPINA MONSALVE | Cra 77 #20 - 53 | 2973220 | nanyospina27@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 23/12/2024 | 82872121 | $696.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 300.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 300.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 384.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 384.000 | 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 | 12.600 | | | | 12.600 | 0 | 0 | 12.600 | | | 126 | 12.600 | 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 | 300.000 | 300.000 |
| Pensión | 1 | 384.000 | 384.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 12.600 | 12.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 696.600 | 696.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 43997810 | OLGA MILENA OSPINA MONSALVE | | Cra 77 #20 - 53 | 2973220 | nanyospina27@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 23/12/2024 | 82872121 | $696.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 43997810 | OSPINA MONSALVE OLGA MILENA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.400.000 | 384.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.400.000 | 300.000 | 14-23 | 2.400.000 | 1 | 12.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PSE Transacción Aprobada - CUS 1149028565 ✅




## ¡Hola, Olga Milena Ospina Monsalve!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1149028565
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 696.600
Fecha de Transacción: 23/12/2024

### 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 frencuentemente.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

**Número de Contrato** 594 de 2024

Yo, Olga Milena Ospina Monsalve, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 43.997.810 expedida en la ciudad de Medellín

| 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) | | **x** |

**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

Declaración Juramentada

| 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 |
| ¿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? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) | x | |

Se expide y firma a los (31) días del mes de diciembre del 2024

Firma: _____

Nombre: Olga Milena Ospina Monsalve

C.C: 43.997.810

Dirección de correspondencia: Cr 77 nro 20 53

Teléfono de contacto: 320 419 46 08

Correo electrónico institucional: olga.ospina@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: nanyospina27@hotmail.com

| BOGOTÁ \| SECRETARÍA DE GOBIERNO | **SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES** | Código: GCO-GCI-F137<br>Versión: 03<br>Vigencia: 07 de febrero de 2022<br>Caso HOLA: 225687 |
|---|---|---|

**Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 594 de 06/NOV/2024, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).**

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

| FECHA DE SOLICITUD | DÍA | 31 | MES | 12 | AÑO | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA**

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | CÉDULA N° | UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| Olga Milena Ospina Monsalve | 43,997,810 | Alcaldia Local Rafael Uribe Uribe | 320 419 46 08 |

**RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.**

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

| NOBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD | INGRESOS DEL DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| Ivan MatiasMendoza Ospina | hijo | 6 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

| | |
|---|---|
| X | Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. |
| **Requisito:** | Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. |
| | Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por |
| **Requisito:** | Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información: |
| * | Nombre del estudiante |
| * | Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria |
| | Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos |
| **Requisito:** | |
| * | Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. |
| * | Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos |
| **Requisito:** | |
| * | Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito. |
| * | Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito |
| * | Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes |
| * | Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto |
| **Requisito:** | |
| * | Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador |
| * | Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco |
| * | Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT |
| * | Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos |

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE



**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

**FECHA DE SOLICITUD:** Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

**CÉDULA:** Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

**UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO:** Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

**TELÉFONO:**_ Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

**NOMBRE:** Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

**PARENTESCO:** Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

**EDAD:** Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

**INGRESOS DEL DEPENDIENTE:** Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

**REQUISITO:** De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

# ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista Olga Milena Ospina Monsalve 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 01 Diciembre de 2024 y el 31 de Diciembre de 2024

| | |
|---|---|
| Contrato: | No. 594 2024 |
| Tipo de Contrato: | Prestación de Servicios |
| Contratista: | Olga Milena Ospina Monsalve |
| Cédula o NIT | No. 43.997.810 |
| 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 |
| Plazo del contrato: | 2 (MESES), 15(DIAS) |
| Fecha iniciación: | 15 de noviembre de 2024 |
| Fecha de terminación: | 29 de enero de 2025 |
| Prórroga(s) | $ N / A |
| Valor inicial pactado: | $ 14.850.000 |
| Valor adicional: | $N/A |
| Valor a pagar: | $5.940.000 (No. de pago: 2) |
| Numero de PIN: | 82872121 |
| Periodo cotizado. | Mes Diciembre año 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 a los 31 días del mes de diciembre dos mil veinti cuatro (2024).

Interventor o Supervisor,

**Diana Carolina Sánchez Castillo**
**C.C. No. 52.883.374 de Bogotá**

**Freddy Alberto Márquez Arias**
**C.C. No. 13275913 de Cúcuta**