

## 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

<b>CONTRATO No.</b>	Prestacion de Servicios	313-2026	<b>FECHA:</b>	<b>5/05/2026</b>	
<b>CONTRATISTA:</b>	INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE		<b>NIT. o C.C.</b>	1.031.182.844	
<b>PERIODO:</b>	<b>Del</b>	<b>1/04/2026</b>	<b>Al</b>	<b>30/04/2026</b>	
<b>PAGO No.</b>	<b>3</b>	Documento No.	Cuenta cobro	<b>3</b>	
<b>Responsable IVA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Pensionado</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Dependientes</b>	<input type="checkbox"/>
			<b>Declarante de renta</b>	<input type="checkbox"/>	

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
<b>VALOR BRUTO</b>	51118001	5111809000			<b>4.300.000</b>
Retefuente Honorarios			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	<b>2436150201</b>	2.850.616	0,00%	0
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243627		-	0,00%	0
Reteica	<b>243627</b>	<b>2436270100</b>	3.800.822	0,966%	<b>36.716</b>
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>					<b>36.716</b>
<b>NETO A PAGAR</b>	<b>240101</b>	<b>2401010100</b>			<b>4.263.284</b>



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

Elaboró: Leidy Diaz - Contratista FDLRUU

**PLANILLA MES DEL INGRESO**

ABRIL

Aprobó:

**Objeto del Contrato:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSION QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

Rubro Presupuesta: **O23011745992024277501000**

**OBSERVACIONES:**

Se liquida según Certificado de Cumplimiento suscrito por el Supervisor y Supervisor de apoyo, autorización expresa del Ordenador del Gasto (Alcalde Local) y cuenta radicada en el aplicativo Orfeo, remitida por el Profesional Especializado 222-24 de área de Gestión Administrativa y Financiera.

<b>Base para pago de salud, pensión y ARL</b>	1.720.000
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	215.000
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	275.200
Aporte obligatorio ARL	8.978
<b>TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN</b>	<b>499.178</b>

Bogotá D.C

Doctora

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

Estimada supervisora,

De manera atenta envié el informe mensual de actividades n° 3 correspondiente a la ejecución del contrato de prestación de servicios No 313-2026 por un valor de \$ 4.300.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 al 30 de abril de 2026

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente planilla de pago al Sistema de Seguridad Social integral No 76380530 del mes de abril correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,

CAMILA MARTIN

---

INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE  
1.031.182.844  
[camilamartin76@gmail.com](mailto:camilamartin76@gmail.com)

Bogotá D.C 4 de mayo de 2026

Cuenta de Cobro No 3  
EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE NIT. 899.999.061-9

DEBE A:  
INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE  
CC 1.031.182.844 de Bogotá

LA SUMA DE: 4.300.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 313 del 2026 durante el periodo comprendido entre:

01 de abril de 2026 al 30 de abril 2026

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: Abril

Numero de planilla: 76380530

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 9.200
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	SALUDTOTAL	\$ 218.900
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	PORVENIR	\$ 280.200

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

Atentamente

**CAMILA MARTIN**

---

INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE  
1031182844  
CL 63 SUR 30 40  
3209387274  
[camilamartin76@gmail.com](mailto:camilamartin76@gmail.com)

<b>INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 3</b> <b>PERÍODO: 1 de abril de 2026 AL 30 de abril de 2026</b>	
<b>DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO</b>	
<b>TIPO DE CONTRATO</b>	<u>CPS</u>
<b>NO. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN</b>	313-2026
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)</b>	<u>N/A</u>
<b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)</b>	<u>N/A</u>
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE
<b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN</b>	1.031.182.844
<b>PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN</b>	6 MESES
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 25.800.000
<b>VALOR DEL PERIODO DE COBRO</b>	\$ 4.300.000
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	3 de febrero de 2026
<b>PRÓRROGA<sup>1</sup></b>	<u>N/A</u>
<b>ADICIÓN</b>	<u>N/A</u>
<b>SUSPENSIÓN</b>	<u>N/A</u>
<b>CESIÓN</b>	<u>N/A</u>
<b>DISMINUCIÓN DE PLAZO</b>	<u>N/A</u>
<b>REDUCCIÓN DE VALOR</b>	<u>N/A</u>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	\$ 25.800.000
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO</b>	6 MESES
<b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)</b>	2 de agosto 2026
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

<sup>1</sup> Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

**OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1**

Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p><b>Actividad 1</b> Se realizaron llamadas telefónicas a beneficiarios del programa “Jóvenes a la E” correspondientes al convenio 2021, con el fin de validar y actualizar información académica y de residencia. Durante las llamadas, se consultó si actualmente los beneficiarios se encuentran estudiando; en caso negativo, se indagaron las razones de deserción y el año en que esta ocurrió. Asimismo, se verificó la coherencia entre la información registrada en la base de datos y la suministrada por cada persona contactada. <b>Fecha:</b> 13 de abril de 2026</p> <p><b>Actividad 2</b> Se realizaron llamadas a beneficiarios del programa “Jóvenes a la E” (convenio 2021) para validar información. Se verificó el estado actual de estudios, los motivos de abandono y el año (cuando aplicaba), así como la coincidencia del programa académico registrado y la residencia al momento de la inscripción. La información fue registrada para seguimiento. <b>Fecha:</b> 16 de abril de 2026</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividad 1</b> Como medio de verificación se cuenta con Excel que sustenta la actividad</p> <p style="text-align: center;"><b>Actividad 2</b> Como medio de verificación se cuenta con Excel que sustenta la actividad</p>

<p><b>Actividad 3</b> Se realizaron llamadas a beneficiarios de “Jóvenes a la E” con el fin de validar y actualizar información académica y de residencia. Se confirmó el estado de estudios, posibles motivos de retiro y la coherencia de los datos registrados. La información fue consignada para seguimiento. <b>Fecha:</b> 20 de abril de 2026</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividad 3</b> Como medio de verificación se cuenta con Excel que sustenta la actividad</p>
<b>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2</b>	
<p>Apoyar en la elaboración de actas de reuniones, comunicaciones, registro de información en los aplicativos y/o herramientas del nivel central, Alcaldía Local, respuestas a requerimientos; así como herramientas que se requieran para la formulación y ejecución de los proyectos de inversión y demás documentos requeridos por el supervisor (a) del contrato.</p>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
<p><b>Actividad 1</b> Se recibió, revisó y gestionó la información contenida en el archivo en Excel relacionado con la UPZ Marco Fidel, en el marco del contrato CIA 332, como apoyo a la verificación de entregas y validación de facturas. <b>Fecha:</b> 17 de abril de 2026</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividad 1</b> Como medio de verificación se cuenta con Excel que sustenta la actividad</p>
<b>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3</b>	
<p>Apoyar y mantener actualizadas las carpetas físicas y expedientes magnéticos con la información de los contratos, proyectos de inversión que le sean designados por el supervisor (a) del contrato.</p>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
<p><b>Actividad 1</b> Se apoyó el proceso de foliación del CPS-665-2025 Fundesco, garantizando el adecuado orden y control documental. <b>Fecha:</b> 15 de abril de 2026</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividad 1</b> Como medio de verificación se cuenta con acta en PDF que sustenta la actividad</p>

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4	
Apoyar y/o asistir a las actividades, reuniones presenciales y/o virtuales, capacitaciones entre otros que se generen en el marco de los Proyectos de Inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p><b>Actividad 1</b> Se asiste a reunión virtual de equipo técnico de planeación. <b>Fecha:</b> 11 de abril de 2026</p> <p><b>Actividad 2</b> Se realiza curso de Seguridad de la información y Ciberseguridad <b>Fecha:</b> 20 de abril de 2026</p> <p><b>Actividad 3</b> Se asiste a Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2025 <b>Fecha:</b> 24 de abril de 2026</p>	<p><b>Actividad 1</b> Como medio de verificación se cuenta con pantallazo del link de la reunión en PDF que sustenta la actividad.</p> <p><b>Actividad 2</b> Como medio de verificación se cuenta con PDF del curso que sustenta la actividad</p> <p><b>Actividad 3</b> Como medio de verificación se cuenta con invitación en PDF que sustenta la actividad.</p>
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5	
Presentar el informe mensual de actividades con las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

Se presenta informe es insumo de evidencia y entrega de documentos que se generaron en el cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	Como medio de verificación se realiza el informe de actividad correspondiente al mes de abril.
---	--

**OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6**

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

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>Se realiza atención y orientación a la ciudadanía en la oficina de planeación los días:</p> <p><b>Actividad 1</b> 6 de abril de 2026 <b>Hora:</b> 8:00 am a 4:00 pm</p> <p><b>Actividad 2</b> 8 de abril de 2026 <b>Hora:</b> 8:00 am a 4:00 pm</p> <p><b>Actividad 3</b> 13 de abril de 2026 <b>Hora:</b> 8:00 am a 4:00 pm</p>	<p style="text-align: center;"><b>Actividad 1</b></p> <p>Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.</p> <p style="text-align: center;"><b>Actividad 2</b></p> <p>Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad</p> <p style="text-align: center;"><b>Actividad 3</b></p> <p>Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.</p>

## INFORME DE ACTIVIDADES

**Actividad 4**

15 de abril de 2026

**Hora:** 8:00 am a 4:00 pm

**Actividad 5**

17 de abril de 2026

**Hora:** 8:00 am a 4:00 pm

**Actividad 6**

20 de abril de 2026

**Hora:** 8:00 am a 4:00 pm

**Actividad 7**

22 de abril de 2026

**Hora:** 8:00 am a 4:00 pm

**Actividad 8**

24 de abril de 2026

**Hora:** 8:00 am a 4:00 pm

**Actividad 9**

27 de abril de 2026

**Hora:** 8:00 am a 4:00 pm

**Actividad 4**

Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.

**Actividad 5**

Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.

**Actividad 6**

Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.

**Actividad 7**

Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.

**Actividad 8**

Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.

**Actividad 9**

Como medio de verificación se cuenta con PDF de cronograma que sustenta la actividad.

## INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL.	NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR
FIRMAS			
<p><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 efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p>		<b>CONTRATISTA</b>	
		<p>Firma:</p> <p style="text-align: center;"><i>CAMILA MARTIN</i></p> <p>Nombre: INGRID CAMILAMARTIN AGUIRRE Cédula: 1.031.182.844</p>	
		<b>VISTO BUENO</b>	
<p><b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</p>		<p>Nombre: OSCAR IVAN RODRIGUEZ ALBARRACIN Cargo</p> <p>Firma: <i>[Firma]</i></p>	
		<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN</b>	
		<p>Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZCASTILLO Cargo: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE.</p> <p>Firma: <i>[Firma]</i></p>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031182844	INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE		CALLE 63 SUR 30-40	0000000	camilamartin76@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76380530	20/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$508.300	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>508.300</b>	<b>508.300</b>



**PSE - Transacción Aprobada** ✓ **CUS 239700055**

1 mensaje

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

20 de abril de 2026 a las 12:37

**¡Hola, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE!****Estado de la Transacción:** **Aprobada** ✓**Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 508.300**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 20/04/2026**CUS:** 239700055

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

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

Número de Contrato 313 de 2026

Yo, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1031182844  
Expedida en la ciudad de Bogotá D.C

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2025		X
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	X	

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X



CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL  
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)		X
---	--	---

Se expide y firma a los (04) días del mes de mayo del 2026.

CAMILA MARTIN

**INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE**

1.031.182.844de Bogotá D.C

CL63 SUR 30 40

3209387274

[Camilamartin76@mail.com](mailto:Camilamartin76@mail.com)

Bogotá D. C.,

Señores:

FONDODE DESARROLLO LOCALRAFAEL URIBE URIBE

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.  
Artículo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1031182844 de Bogotá, me permito informar que actualmente SI\_NO x, me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, El cuatro (04) de mayo de 2026.

Firma: CAMILA MARTIN  
INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE  
1.031.182.844 de Bogotá  
Cl 63 Sur 30-40  
3209387274  
camilamartin76@mail.com

Bogotá, D. C. 04 de mayo de 2026

## CONSTANCIA

Yo, INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE habiendo suscrito contrato No. **313** de **2026** con el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

Asimismo, dejo constancia de lo siguiente:

1. Que a la fecha no registro ningún asunto pendiente de trámite en el aplicativo Orfeo (si aplica).  
Nota: De tener Orfeos pendientes no deben ser superiores a 10 días, o si su vencimiento es inferior (10 días) no estar por fuera del término establecido).
2. Que todas las peticiones y/o solicitudes a mi designadas, fueron tramitadas en su oportunidad y dentro de términos de ley.
3. Que no he creado carpetas personales en el ORFEO para realizar traslados de PQRSD para su archivo sin gestión o posterior trámite; como tampoco se han traslado a la bandeja de otro(s) usuario(s) del Fondo Local de Rafael Uribe Uribe.
4. Que no quedó pendiente de trámite ninguna solicitud asignada a mí.

Por lo anterior, suscribo la presente.

cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index\_frames.php

**rfeo** Version Nueva

AYUDA INFO CREDITOS CONTRABEÑA ESTADISTICAS CERRAR

LISTADO DE: ENTRADA USUARIO: INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE DEPENDENCIA: Area de Gestion de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

Radicados:  Buscar

Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

**NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.**

Mis Consultas  
Solicitar Anulación  
Radicación  
Mis Oficios  
Mis Memorandos  
CARPETAS  
Mis Entrada(0)  
Mis Oficios(0)  
Mis Memorandos(0)  
Mis Visto Bueno(0)  
Mis Devueltos(0)  
Mis Agendados(0)  
Mis Informados(0)  
Mis Personales(0)

10:39 a.m. 22/04/2026

CAMILA MARTIN

INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE  
1.031.182.844 de Bogotá D.C

# La Secretaría Distrital de Gobierno

y la Dirección de Tecnología e Información

**CERTIFICAN A:**

**Ingrid Camila Martin Aguirre**

Que realizó el curso de:

**Seguridad de la Información y Ciberseguridad**



Código de verificación: pRBYviK4jt

Expedido en Bogotá D.C.

abril 20, 2026

**BOGOTÁ**

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**

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

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 313-2026**

Yo **DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO** en calidad de supervisor(a) del contrato No. 313-2026 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y **INGRID CAMILA MARTIN AGUIRRE** identificado(a) con el número de documento 1031182844 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 3 presentado para el período comprendido entre el **1 de abril de 2026** al **30 de abril de 2026**

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

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de  
\$ 4.300.000

En constancia se firma a los 4 de mayo de 2026

Visto bueno,



**OSCAR IVAN RODRIGUEZ ALBARRACIN**  
Visto bueno

Supervisor,



**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**  
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe