

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	114-2025	FECHA:	2/12/2025
CONTRATISTA:	EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA		NIT. o C.C.	52.731.133
PERIODO:	Del	1/11/2025	Al	30/11/2025
PAGO No.	9	Documento No.	Cuenta cobro	9

Responsable IVA Pensionado Dependientes Declarante de renta

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	55070634	5507060000			2.650.000
Retefuente Honorarios			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	1.987.500	0,00%	0
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243627		-	0,00%	0
Reteica	243627	2436270100	2.650.000	0,966%	25.599
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
TOTAL DESCUENTOS					25.599
NETO A PAGAR	240102	2401020100			2.624.401



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

Elaboró: Luis Mora Contratista FDLRUU
 Aprobó:

PLANILLA MES DEL INGRESO OCTUBRE

Objeto del Contrato:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL Y TERRITORIAL DE LOS TEMAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 2710 GESTORES DE CONVIVENCIA EN RAFAEL URIBE URIBE.

Rubro Presupuesta: **O230117459920242710**

OBSERVACIONES:

Se liquida según la certificación de cumplimiento del supervisor y el apoyo a la supervisión, de acuerdo con autorización del ordenador del gasto (ALCALDE LOCAL) y cuenta radicada en aplicativo ORFEO remitida por la Profesional Especializada 222 grado 24 Area de Gestión Administrativa y Financiera.

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.060.000	
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	132.500	
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	169.600	
Aporte obligatorio ARL	-	
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	302.100	

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

Bogotá D.C

Doctora

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

Estimada supervisora,

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 9 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 114-2025 por un valor de \$ 2.650.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 90733652 correspondiente al mes de OCTUBRE para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido...", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición.

Cordialmente,

Emily Karina Parra C.

EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA

52731133

aceal2020@gmail.com

Bogotá D.C 1 de diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO N° 9

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

**DEBE A:
EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA
52731133**

LA SUMA DE: \$ 2.650.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 114-2025 durante el periodo comprendido entre:

1 de noviembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025

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: OCTUBRE

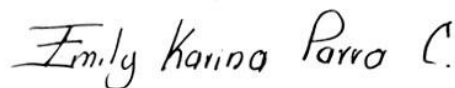
Numero de planilla:

90733652

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	POSITIVA	LO PAGA LA ENTIDAD
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	SALUD TOTAL	300.000
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	PROTECCION	384.000

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 24109359542 DEL BANCO CAJA SOCIAL

Atentamente,



EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA

52731133
Calle 48 U Sur No. 2B-17
3146012030
aceal2020@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 9	
PERIODO: 1 de noviembre de 2025 AL 30 de noviembre de 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA	114-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	52731133
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.900.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 2.650.000
FECHA ACTA DE INICIO	7 de marzo de 2025
PRÓRROGA ¹	3 MESES
ADICIÓN	\$ 7.950.000
PLAZO POR REDUCIR	N/A
VALOR POR REDUCIR	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
CESION	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 23.850.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	9 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	6 de diciembre de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN LOCAL Y TERRITORIAL DE LOS TEMAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 2710 GESTORES DE CONVIVENCIA EN RAFAEL URIBE URIBE.


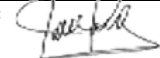

INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1: Apoyar en campo a la difusión de información y oferta institucional que requieran acompañamiento territorial y que vinculen a la comunidad e instituciones del nivel distrital, relacionadas con dar a conocer a la ciudadanía sus competencias, servicios y acciones administrativas y operativas en materia de seguridad y convivencia ciudadana.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 04.11.25 Acompañamiento entornos escolares seguros IED La Paz Sede B</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2: Realizar acompañamiento a la movilización social, aglomeraciones y/o eventos masivos de alta complejidad en el territorio.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 05.11.25 Apoyo Plan Distrital de Basuras - Entornos Inspiradores - Subdirección Local de Integración Social</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3: Gestionar y acompañar espacios de interlocución que promuevan la convivencia ciudadana en la localidad, con los representantes de diferentes instancias de participación (entiéndase juntas de acción comunal, frentes de seguridad local, comités de convivencia de propiedad horizontal, entre otros), así como con diferentes colectivos urbanos y/o agrupaciones de comunidades de la localidad.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 07.11.25 Acta Plan Distrital de Basuras, rollo legendario Bogotá limpia - Entornos Inspiradores Parqueadero de los Panamericanos</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4: Apoyar acciones operativas para la recuperación y mantenimiento del espacio público en la localidad de Rafael Uribe, empleando el dialogo como mecanismo para la mediación y la resolución asertiva de conflictos que en el marco de las mismas se puedan dar lugar, garantizando el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 14.11.25 Entorno escolar Colegio Molinos y Marruecos Parque Marruecos</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>

INFORME DE ACTIVIDADES

<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5: Realizar ejercicios de sensibilización ciudadana que propendan por la convivencia pacífica en el espacio público, promoviendo el cumplimiento de lo establecido en la ley 1801 y demás marcos normativos aplicables a la materia; identificando factores de riesgo asociados a la garantía de la seguridad y convivencia que permitan generar y territorializar agendas para su mitigación.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 13.11.25 Apoyo entornos escolares seguros Colegio Bravo Páez</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6: Apoyar a la convocatoria para la realización de juntas zonales de seguridad, apoyando la recolección y sistematización de la información, liderando acciones para el cumplimiento de los planes de acción resultantes de estos espacios.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 12.11.25 Entornos Escolares Colegio Misael Pastrana</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 7: Presentar los informes mensuales de actividades que evidencien el desarrollo del trabajo con la comunidad, así como los que se requieran sobre cada una de las actividades realizadas por el contratista y su estado de ejecución, con sus respectivos soportes y evidencia digital.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 11.11.25 Apoyo IVC Vendedores informales Calle 40 sur y Calle 32 sur</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 8: Apoyar las acciones operativas y el acompañamiento a los IVC (Inspección, vigilancia y control) dentro del marco de la legalidad y cumplimiento de las actividades comerciales</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 06.11.25. IVC Llantas</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 9: Apoyar y contribuir con el levantamiento de cambuches con el fin de mejorar e incrementar los índices de seguridad de la localidad.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 18.11.25 Acompañamiento plan guitarra Paradero SITP Molinos</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 10: Apoyar con la logística y eventos de organización a la alcaldía local que permita el mejoramiento de la seguridad, convivencia y justicia en pro de la comunidad.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 08.11.25. Logística Carpas Parque El Country y Colegio Enrique Olaya Herrera</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 11: Las demás que sean asignadas por el supervisor, en el marco del objeto contractual.</p> <p>Actividades Realizadas: Actividad 1: 09.11.25. Logística y Acompañamiento Parque El Country Llegó la Navidad</p>	<p>“EVIDENCIAS SE ENCUENTRAN EN LA PLATAFORMA SECOP II DEL CPS-114-2025.</p>

INFORME DE ACTIVIDADES

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
	SALUD TOTAL	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	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA	
		CEDULA: 52731133	
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.		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: JOSE JOAQUÍN OCAMPO	
		CARGO: (CONTRATISTA) APOYO A LA SUPERVISIÓN	
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	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO	
		CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE	



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 19 noviembre 2025 10:05 a.m.

Dirección IP: 45.238.182.167

Número de transacción: APII5323323564736547

Número de confirmación: 9735f2b80a8b

Cuenta Origen: Cuentamiga *****9542

Comercio: COMPENSAR-OI

Nit del comercio: 9998600669427

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 90733652

REFERENCIA 1:

REFERENCIA 2: CC

REFERENCIA 3: 52731133

Código de la transacción (CUS): 1939856767

Fecha de la solicitud: 19 noviembre 2025

Ciclo de la transacción: 2

Valor: \$ 712.900,00

Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52731133	EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA		Calle 40asur No 0-33este	2079898	aceal2020@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

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				
2025-10	2025-10	\$712.900				

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	300.000	0		0		0	8	1.600	0	301.600	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	8	2.000	0	386.000	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	25.100				25.100	8	200	25.300			251	25.300	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	301.600
Pensión	1	384.000	386.000
Riesgos Laborales	1	25.100	25.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	709.100	712.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52731133	EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA		Calle 40asur No 0-33este	2079898	aceal2020@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	19/11/2025	90733652	\$712.900		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52731133	PARRA CASTAÑEDA EMILY KARINA	59	0		N																		230201	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS002	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	2	25.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 114 de 2025

Yo, EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA Identificado con cedula de ciudadanía No 52731133 expedido 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 <u>2024</u>		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 cumpla 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):

DEPURACION CALCULO 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



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

¿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 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 1 de diciembre de 2025

Emily Karina Parra C.

EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA

52.731.133 de Bogotá

Calle 48 U Sur No. 2B-17

3146012030

accal2020@gmail.com

Bogotá D. C.,

Señores:

FONDO DE DESARROLLO 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, EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52731133 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 1 de diciembre de 2025

Emily Karina Parra C.

Firma
EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA
52731133
Calle 48 U Sur No. 2B-17
3146012030
aceal2020@gmail.com

Bogotá D.C., 1 de diciembre de 2025

Doctora:

Diana Carolina Sánchez Castillo
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe

Yo, EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52731133, me permito informar que actualmente NO cuento con usuario de Orfeo, teniendo en cuenta que pertenezco al equipo territorial de Gestores de Seguridad y Convivencia.

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el día 1 de diciembre de 2025.



Firma:

Nombre: EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA

C.C.: 52731133

Dirección: Calle 48 U Sur No. 2B-17

Teléfono de contacto: 3146012030

Correo electrónico de notificación: aceal2020@gmail.com

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	7/03/2025 12:32:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	7/03/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.120.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	22/05/2025 8:25:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2/05/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	003	19/06/2025 2:13:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	3/06/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	004	17/07/2025 3:11:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	1/07/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	005	1/08/2025 6:18:00 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	1/08/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	006	1/09/2025 2:45:00 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	1/09/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 007	007	1/10/2025 9:36:00 AM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	1/10/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 008	008	14 días de tiempo transcurrido (4/11/2025 1:13:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	15 días de tiempo transcurrido (4/11/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	2.650.000 COP	Aceptada	Detalle



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA

C.C 52.731.133

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 766019512000

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 114-2025

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 114-2025 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y EMILY KARINA PARRA CASTAÑEDA identificado(a) con el número de documento 52731133 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 9 presentado para el período comprendido entre el **1 de noviembre de 2025** al **30 de noviembre de 2025**

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 \$ 2.650.000

En constancia se firma a los 2 de diciembre de 2025

Apoyo a la supervisión,

Supervisor,

JOSÉ JOAQUÍN OCAMPO

Apoyo a la supervisión

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO

Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe