PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Bogotà 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. 3 CESION correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 286-2025 por un valor de $ 6.336.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2025 al 27 de diciembre 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. 91835569 correspondiente al mes de noviembre y la No. 92168824 correspondiente al mes de DICIEMBRE para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,



Ivan Andres Ibarra Estupiñán
80185153
dimahipe2000@gmail.com

Bogotá D.C 31 de diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO N° 3 CESION

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

DEBE A:
Ivan Andres Ibarra Estupiñán
80185153

LA SUMA DE: $ 6.336.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 286-2025 durante el periodo comprendido entre:

1 de diciembre de 2025 al 27 de diciembre 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: NOVIEMBRE **Numero de planilla:** 91835569
Mes de aporte: DICIEMBRE **Numero de planilla:** 92168824

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	positiva	113.600
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	compensar	1.360.000
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias	protección	1.740.800

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 91251594924 DEL BANCO - BANCOLOMBIA

Atentamente,



Ivan Andres Ibarra Estupiñan
80185153
calle 108a sur numero 4-12
3016562260
dimahipe2000@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 3 CESION PERÍODO 01 DE DICIEMBRE DE 2025 AL 27 DE DICIEMBRE DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	**CPS**
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	**286 DE 2025**
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	**MARIA FERNANDA CORRALES FIGUEROA**
TIPO C.C- Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	**1.143.347.115**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**IVAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN**
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	**80.185.153**
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	**6 MESES**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**42.240.000**
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	**6.336.000**
FECHA ACTA DE INICIO	**12 DE MARZO DE 2025**
PRÓRROGA[1]	**3 MESES**
ADICIÓN	**21.120.000**
SUSPENSIÓN	**NO APLICA**
CESIÓN	**15 DE OCTUBRE DE 2025**
DISMINUCIÓN DE PLAZO	**NO APLICA**
REDUCCIÓN DE VALOR	**NO APLICA**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**63.360.000**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	**9 MESES**
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	**27 DE DICIEMBRE DE 2025**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA RAFAEL URIBE URIBE EN TEMAS DE PLANEACIÓN PARA LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCIÓN Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.**

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

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
Realizar el control, monitoreo y seguimiento a la ejecución de las metas del Plan de Desarrollo Local y/o Proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe contando con las herramientas de la secretaria Distrital de Gobierno, secretaria Distrital de Planeación, secretaria Distrital de Hacienda y/o las formuladas en la alcaldía local	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el periodo en mención, no se realizaron actividades relacionadas al control y seguimiento de las diferentes metas y proyectos encargados al profesional	No aplican para el mes en mención
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2	
Formular y/o revisar los estudios previos, pre-pliegos y pliegos en su parte técnica durante la fase precontractual de los procesos derivados de (los) Proyectos de Inversión donde sea designado por el Acalde Local Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el periodo en mención se apoyó la formulación de los 2732 Rafael Uribe Uribe conectado con la comunidad	Carpeta con los documentos contractuales del proceso TIC que incluyen: Respuesta a observaciones prepliego de condiciones y publicación de documentos definitivos con los ajustes realizados Respuesta a observaciones extemporáneas y elaboración de los documentos finales del proceso
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3	
Realizar seguimiento y control al desarrollo de las iniciativas ciudadanas priorizadas en las Fases que contemplan los presupuestos participativos adelantadas en la vigencia anterior para que sean ejecutadas en debida forma.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el periodo en mencion, no se realizaron actividades relacionadas al control y seguimiento de las diferentes metas y proyectos encargados al profesional	No aplican para el mes en mención
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4	
Apoyar la supervisión de los contratos que le sean designados por parte de la alcaldesa Local	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**

Para el periodo en mención, no se realizaron actividades relacionadas al control y seguimiento de las diferentes metas y proyectos encargados al profesional	No aplican para el mes en mención
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5	
Participar en los diferentes espacios, comités de contratación, comités de seguimiento, instancias, invitaciones a sesiones de la Junta Administradora Local, administración, local, administración distrital y las demás que sean requeridas por el supervisor del contrato.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se participo en la audiencia nde asignacion de riesgos del proceso TICS	Enlace reunión a través del aplicativo TEAMS, donde se reunieron los distintos oferentes interesados del proceso para formular sus dudas e inquietudes a la administración
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6	
Realizar la evaluación técnica y/o financiera de los procesos que adelante el FDLRUU en los cuales sea designada como parte del Comité Evaluador	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el periodo en mención, no se realizaron actividades relacionadas al control y seguimiento de las diferentes metas y proyectos encargados al profesional	No aplican para el mes en mención
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 7	
Entregar, mensualmente informe de actividades, adjuntando las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el periodo en mencion, se entrega informe de actividades correspondiente al mes de noviembre con las respectivas evidencias	Carpeta con el informe y los soportes correspondientes al periodo en mención
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 8	
Dar respuesta a las solicitudes, requerimientos y derechos de petición que le sean asignados mediante el aplicativo de gestión de información ORFEO.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el periodo en mención, no se realizaron actividades relacionadas al control y seguimiento de las diferentes metas y proyectos encargados al profesional	No aplican para el mes en mención
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 9	
Apoyar las demás actividades que se generen y que le sean asignadas por el alcalde Local y/o el supervisor (a) del contrato y que surjan de la Naturaleza del Contrato.	

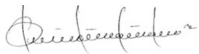
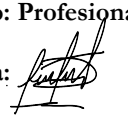
INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para el periodo en mención, no se realizaron actividades relacionadas al control y seguimiento de las diferentes metas y proyectos encargados al profesional	No aplican para el mes en mención

INFORMACIÓN ADICIONAL

	NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	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 efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	**CONTRATISTA** **Firma:**  **Nombre: IVAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN** **Cédula: 80.185.153**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO** **Cargo: alcaldesa Local Rafael Uribe Uribe** **Firma:**  **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre: FREDDY ALBERTO MARQUEZ** **Cargo: Profesional Especializado Planeación** **Firma:** 

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	80185153	VAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN	AV CLL 153 119-40	6625110	dimahipe2000@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92168824	$1.607.200	

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	680.000	0		0		0	0	0	0	680.000	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	870.400	0	0	0	0	0	0		870.400	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	56.800				56.800	0	0	56.800			568	56.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	680.000	680.000
Pensión	1	870.400	870.400
Riesgos Laborales	1	56.800	56.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.607.200	1.607.200

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	80185153	VAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN		AV CLL 153 119-40	6625110	dimahipe2000@gmail.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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92168824	$1.607.200	

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	80185153	IBARRA ESTUPIÑAN IVAN ANDRES	59	0			N																	230201	5.440.000	870.400	0	0	0	0	EPS008	5.440.000	680.000	14-23	5.440.000	2	56.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80185153	VAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN	AV CLL 153 119-40	6625110	dimahipe2000@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91835569	$1.607.200	

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	680.000	0		0		0	0	0	0	680.000	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	870.400	0	0	0	0	0	0		870.400	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	56.800				56.800	0	0	56.800			568	56.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	680.000	680.000
Pensión	1	870.400	870.400
Riesgos Laborales	1	56.800	56.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.607.200	1.607.200

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	80185153	VAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN		AV CLL 153 119-40	6625110	dimahipe2000@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91835569	$1.607.200	

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	80185153	IBARRA ESTUPIÑAN IVAN ANDRES	59	0			N																	230201	5.440.000	870.400	0	0	0	0	EPS008	5.440.000	680.000	14-23	5.440.000	2	56.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 286 de 2025

Yo, Ivan Andres Ibarra Estupiñan Identificado con cedula de ciudadania No 80185153 expedido en la ciudad de bogota

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2024	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):

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

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 lo 31 de diciembre de 2025

Ivan Andres Ibarra Estupiñan
80.185.153 de bogota
calle 108a sur numero 4-12
3016562260
dimahipe2000@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.**
Articulo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, Ivan Andres Ibarra Estupiñan identificado(a) con cédula de ciudadanía número 80185153 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	CREMIL	32	11	68400000	23/01/25	31/12/25
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 31 de diciembre de 2025

Firma
Ivan Andres Ibarra Estupiñan
80185153
calle 108a sur numero 4-12
3016562260
dimahipe2000@gmail.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
Versión: 04
Vigencia: 21 de febrero de 2025
Caso 124431

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 286-2025 que suscribí con el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó 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 ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	31	MES	12	AÑO	2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Ivan Andres Ibarra Estupiñan	80185153	PLANEACION	3016562260

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

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
JUAN JOSE IBARRA BLANCO	HIJO	10	0

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

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. [X]

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 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 la autoridad competente. [ ]

Requisitos:
- 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
- Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores fisicos ó psicológicos [ ]

Requisitos:
- Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
- Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protecciór Social o la entidad determinada por las normas vigentes

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 fisicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. [ ]

Requisitos:
- 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 fisicos o psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores fisicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. [ ]

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



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.014.287.289

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152628504

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE ENGATIVA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
IBARRA	BLANCO

Nombre(s): JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes MAR Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53128651-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BLANCO CORTES NASLY ELIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.014.198.817	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: IBARRA ESTUPIÑAN IVAN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.185.153	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: IBARRA ESTUPIÑAN IVAN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.185.153	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes ABR Día 07	MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

07 ABR 2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 58 FOLIO 0143 JPL.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970 Y ARTICULO 1 DECRETO 278 DE 1972, PARA ACREDITAR PARENTESCO EXCENTO DE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995. VALIDEZ PERMANENTE ARTÍCULO1 DECRETO 2189 DE 1993.

A SOLICITUD DE:

C.C. No.

BOGOTA, D.C. LOCALIDAD 10 - ENGATIVA FECHA: - 8 ABR 2015

MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA
REGISTRADORA AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL ENGATIVA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 286-2025

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 286-2025 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y Ivan Andres Ibarra Estupiñan identificado(a) con el número de documento 80185153 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 3 CESION presentado para el período comprendido entre el

1 de diciembre de 2025 **al** **27 de diciembre 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

$ 6.336.000

En constancia se firma a los 31 de diciembre de 2025

Apoyo a la supervisión,

FREDDY ALBERTO MARQUEZ
Apoyo a la supervisión

Supervisor,

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe

Bogotá, D.C, 31 de DICIEMBRE de 2025

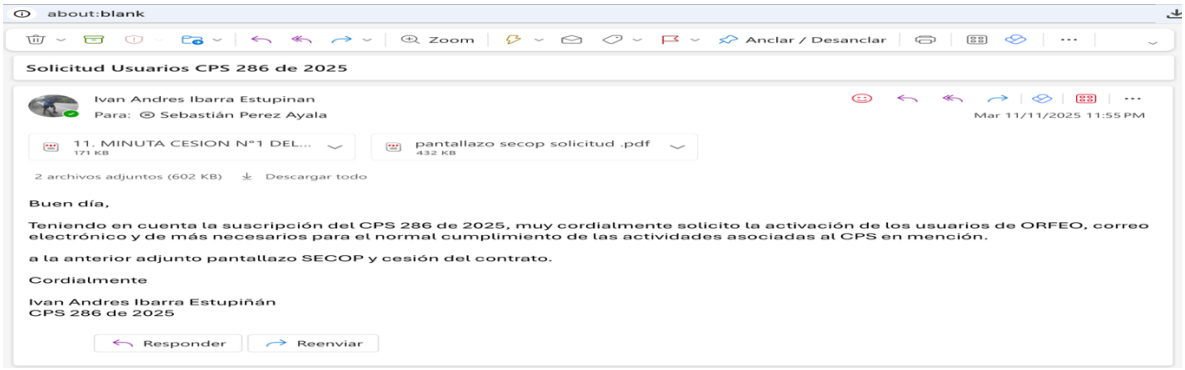
CONSTANCIA

Yo, Ivan Andres Ibarra Estupiñán, habiendo suscrito contrato No. 286 de 2025 con el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

Asimismo, dejo constancia de lo siguiente:

- Que a la fecha me encuentro en trámites de solicitud de aplicativos institucionales para el normal desarrollo de las actividades contractuales.

- Que a la fecha no registro ningún asunto pendiente de trámite en el aplicativo Orfeo (si aplica).
- 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.
- Que no quedó pendiente de trámite ninguna solicitud asignada a mí.



Por lo anterior, suscribo la presente.

Ivan Andres Ibarra Estupiñán
C.C. No. 80.185.153 de Bogotá

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

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	Pago 01	14/05/2025 4:50:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5/05/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	704.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	Pago 02	23/05/2025 2:37:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/05/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	PAGO 03	3/06/2025 7:40:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	4/06/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	PAGO 04	9/07/2025 5:43:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1/07/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	Pago 05	8/08/2025 12:37:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1/08/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 006	PAGO 06	17/09/2025 6:56:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1/09/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 007	pago 07	1/10/2025 5:21:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	1/10/2025 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Archivado	
Pago 008	pago 08	4/11/2025 7:25:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3/11/2025 7:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.285.333 COP	Aceptada	Detalle
Pago 009	pago 001 cesion	30 días de tiempo transcurrido *(10/11/2025 7:56:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	22 días de tiempo transcurrido *(18/11/2025 7:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.754.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 010	pago 002 cesion	9 días de tiempo transcurrido *(1/12/2025 11:56:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	9 días de tiempo transcurrido *(1/12/2025 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.040.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ACTA DE INICIO CPS 286 DE 2025.pdf.pdf	ACTA DE INICIO CPS 286 DE 2025.pdf.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL_MARIA FERNANDA CORRALES FIGUEROA CPS-286-2025.pdf	ARL_MARIA FERNANDA CORRALES FIGUEROA CPS-286-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PSMFormato_CRP5000869634.pdf	PSMFormato_CRP5000869634.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CRP 1682 DEL 31 DE JULIO 2025.pdf	CRP 1682 DEL 31 DE JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL MARIA FERNANDA CORRALES FIGUEROA CPS-286-2025.pdf	ARL MARIA FERNANDA CORRALES FIGUEROA CPS-286-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CAUSACION CPS-286-2025 MARIA FERNANDA CORRALES PAGO 7.pdf	CPS-286-2025 MARIA FERNANDA CORRALES PAGO 7.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	IVAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN identificado(a) con CC 80185153 .pdf	IVAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN identificado(a) con CC 80185153 .pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

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

LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA QUE:

Fecha: ____ 28/12/2025 Dependencia:__ Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

El(la) señor(a): ____ IVAN ANDRES IBARRA ESTUPIÑAN

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 80185153 de: BOGOTA

Correo Personal : dimahipe2000@gmail.com Celular : _____ 3016562260

Direccion para notificación (puede ser el correo personal): ____ dimahipe2000@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO					
Contrato No.	286	2025	Proyecto No.	2775	
Desde:	12/03/2025	Hasta: _ 27/12/2025			

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD			
(X) Terminación de contrato	( ) Cesión de contrato	Otro:	terminacion unilateral

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? SÍ _____ NO _____ CÚAL?_____

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificó Nombre Carlos Barrera A.	Observaciones **ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO:** No tiene equipos a cargo **BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:**
APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Supervisor Orfeo	Observaciones **A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacías**

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA/ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
ÁREA DE INVENTARIOS/ PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verificó Nombre Edixón Alexander Tovar Pinzón	Observaciones No tiene elementos a cargo
ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL Verificó Nombre Edixón Alexander Tovar Pinzón	Observaciones No tiene elementos a cargo
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL **Carné** Verificó Nombre *Sebastian Calvo*	Observaciones No cuenta con carné físico institucional
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Verific Nombr Felipe Bedoya	Observaciones **SERIE CONTRATOS:** No tiene expedientes a cargo **Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Titulo IV Articulo 15**