
		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 <input checked="" type="checkbox"/>						
CONTRATO No.	Prestación de Servicios	488-2025	FECHA:	31/12/2025		
CONTRATISTA:	Hernando Enrique Salgado Amaya		NIT. o C.C.	15044972		
PERIODO:	Del	1/12/2025	Al	31/12/2025		
PAGO No.	4	Documento No.	Cuenta cobro	4		
Responsable IVA <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Dependientes <input type="checkbox"/>	Declarante de renta <input type="checkbox"/>			
PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR	
VALOR BRUTO	51118001	5111809000			6.500.000	
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	0	
Retefuente Servicios			-	0,00%	0	
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	4.875.000	19,00%	27.378	
Retefuente Compras						
Retefuente C.O.P						
Reteiva	243625		-	0,00%	0	
Reteica	243627	2436270100	6.500.000	0,966%	62.790	
Contribución Especial						
Amortización Anticipos						
Otros Ajustes de Reten.					0	
TOTAL DESCUENTOS					90.168	
NETO A PAGAR	240101	2401010100			6.409.832	
						
LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ Contador (E) F.D.L RUU						
Elaboró: Sara Pacheco Contratista FDLRUU		PLANILLA MES DEL INGRESO <input type="checkbox"/>		NOVIEMBRE		
Aprobó:						
Objeto del Contrato:						
Prestar los servicios profesionales como Instructor de Actividad Física, desarrollando, orientando y ejecutando sesiones dirigidas a la comunidad en el marco de las actividades recreo deportivas comunitarias desde el proyecto de inversión 2795 Rafael Uribe Uribe deportiva, recreativa y con bienestar.						
Rubro Presupuesta: O230117459920242795						
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.						
Base para pago de salud, pensión y ARL		2.600.000				
Aporte obligatorio para salud - 12,5%		325.000				
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP		416.000				
Aporte obligatorio ARL		-				
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN		741.000				

**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

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. 4 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. 488 de 2025, por un valor de \$ 6.500.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 01 de diciembre al 31 de diciembre del 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. 91914778 correspondiente al mes de noviembre de 2025, 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,



HERNANDO ENRIQUE SALGADO AMAYA
C.C. 15044972
Correo electrónico: hernandosalgado2345@gmail.com

CUENTA DE COBRO N° 4

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

**DEBE A:
Hernando Enrique Salgado Amaya
15044972**

LA SUMA DE: \$ 6.500.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 488 de 2025-45919 durante el periodo comprendido entre:

1 de diciembre de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Código actividad económica principal RUT: **8552**
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:91914778

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	Positiva	101.000
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	Aliansalud	517.900
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	Colpensiones	662.900

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 24081409215 DEL BANCO Caja Social

Atentamente,



Hernando Enrique Salgado Amaya
15044972
Calle 48 B No.9-91 sur
3208247344
hernandosalgado2345@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No <u>4</u> PERÍODO: 1 Diciembre al 31 de Diciembre del 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	488
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Hernando Enrique Salgado Amaya
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	15044972
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	5 MESES»
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 32.500.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 6.500.000
FECHA ACTA DE INICIO	19 de Septiembre 2025»
PRÓRROGA ¹	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
CESIÓN	N/A
DISMINUCIÓN DE PLAZO	N/A
REDUCCIÓN DE VALOR	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 32.500.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	5 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	18 de febrero 2026
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales como Instructor de Actividad Física, desarrollando, orientando y ejecutando sesiones dirigidas a la comunidad en el marco de las actividades recreo-deportivas comunitarias desde el proyecto de inversión 2795 Rafael Uribe Uribe deportiva, recreativa y con bienestar.

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

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
Colaborar en la planificación y llevar a cabo la ejecución de las sesiones de las actividades recreo deportivas, de acuerdo con la Guía Técnica Metodológica, cronograma mensual y planificación de clase, asegurando variedad en la intensidad, el tipo de actividad y los componentes físicos.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
La planificación de cada sesión se realiza con base en la guía técnica del programa, especialmente en los apartados metodológicos y en el cronograma establecido. Asimismo, se consideran actividades variadas, incluyendo ejercicios rítmicos con apoyo musical, el uso de bastones y dinámicas en colchonetas para el desarrollo de habilidades gimnásticas	<p>Actualmente se están desarrollando tres grupos de trabajo en la localidad de Rafael Uribe Uribe, de martes a viernes, distribuidos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PESEBRE: lunes 1 de diciembre, de 8:00 am a 9:00 am • Manzana del Cuidado: martes 2 de diciembre, de 7:00 a.m. a 8:00 a.m. hasta las 9:00 a.m. • JAC Govarova: miércoles 3 de 8:00 a.m a 9:00 am • Centro Transitorio Quiroga: miércoles 3 de diciembre de 9:30 a.m. a 10:30 a.m. • Manzana del Cuidado: jueves 4 de diciembre de las 2:00 pm 3:00 pm • JAC Govarova: Viernes 5 de diciembre de 8:00 am 9:00am
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2	
Realizar el montaje técnico y logístico previo a cada sesión, incluyendo prueba de sonido, verificación del estado del espacio físico y disponibilidad de materiales requeridos (colchonetas, pesas,	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES

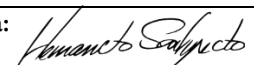


Para este periodo no fueron requeridas actividades relacionadas con esta obligación.	Para este periodo no fueron requeridas actividades relacionadas con esta obligación.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3	
Controlar la intensidad del esfuerzo durante la sesión, aplicando la Escala de Percepción del Esfuerzo (EPE) al menos tres veces por clase, y evitando ejercicios de alto impacto, hiperextensión o movimientos inseguros para la comunidad.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Para este periodo no fueron requeridas actividades relacionadas con esta obligación.	Para este periodo no fueron requeridas actividades relacionadas con esta obligación.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4	
Registrar y gestionar el listado de asistencia por sesión, incluyendo observaciones relevantes y recolectando los formularios de PAR-Q & YOU, consentimiento informado y datos de los participantes	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
En cada uno de los espacios atendidos por el programa, la compañera Cielo Gallo hizo entrega de los formatos correspondientes a los formularios PAR-Q & YOU y a los consentimientos informados, con el fin de que cada uno de los usuarios los diligenciara.	Nos encontramos en el proceso de recepción de los formularios PAR-Q & YOU y de los consentimientos informados previamente entregados, hasta que todos los usuarios queden al día con su respectiva documentación.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5	
Aplicar un protocolo estructurado durante cada sesión, que incluya: presentación del instructor, fase de calentamiento, fase central (con orientación en nutrición y fisioterapia), y fase final (con retroalimentación y promoción del bienestar mental).	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
En cada una de las sesiones de actividad física, en los diferentes puntos de atención, se realiza el protocolo de presentación del entrenador durante la fase inicial de atención; en las sesiones posteriores, este procedimiento no es necesario. Cada una de las sesiones planificadas cuenta con las tres fases de desarrollo: calentamiento, fase central y vuelta a la calma..	Cada sesión de entrenamiento se prepara cuidadosamente incluyendo sus tres fases — calentamiento, fase central y vuelta a la calma— con el objetivo de prevenir posibles lesiones en los usuarios adultos mayores de 18 años

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6	
Elaborar informes técnicos mensuales por punto, incluyendo análisis de participación, seguimiento a la asistencia, actividades ejecutadas y evidencias fotográficas, conforme a los formatos definidos por la entidad	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>Actualmente contamos con tres puntos de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • JAC Govaroba: 50 usuarios. • Centro Transitorio Quiroga: 28 usuarios. • La Manzana del Cuidado: 37 usuarios. <p>Total: 115 usuarios atendidos.</p>	<p>Actualmente, contamos con 115 usuarios distribuidos en los tres puntos de atención. La metodología preferida para la actividad física se basa principalmente en el uso de música, seguida del trabajo en silla, y posteriormente el trabajo con bastones y colchonetas.</p>
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 7	
Adaptar contenidos y ejercicios según el grupo etario, especialmente en sesiones con personas mayores, evitando posturas de riesgo, transiciones bruscas o tareas cognitivas que no estén alineadas con su capacidad motriz.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>Cada una de las sesiones planificadas y programadas contempla los aspectos técnicos y metodológicos adecuados a los grupos etarios con los que trabajamos, con el objetivo de prevenir posibles lesiones en los usuarios.</p>	<p>Desde la realización de la primera sesión de actividad física en la localidad Rafael Uribe Uribe, no se ha presentado ninguna dificultad física ni de otra índole, lo que evidencia que la planificación del programa se está llevando a cabo de manera adecuada.</p>

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 8	
Promover hábitos de vida activa y comportamientos saludables, integrando contenidos interdisciplinarios desde la fisioterapia, nutrición, medicina y salud mental en el discurso pedagógico de cada	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1: Se realizo informe de actividades de CPS 449-2025; correspondiente al periodo 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2025	Informe de actividades mes de noviembre.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 9	
Durante los dos primeros meses de ejecución del contrato deberá presentar soporte del curso de Primer Respondiente, emitido por la Secretaría de Salud del Distrito, del cual debe presentar copia	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1: Se realizo informe de actividades de CPS 449-2025; correspondiente al periodo 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2025	Informe de actividades mes de noviembre.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 10	
Aplicar conocimientos básicos de primeros auxilios como primer respondiente, en caso de presentarse alguna eventualidad o emergencia, y activar las rutas de atención correspondientes.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1: Se realizo informe de actividades de CPS 449-2025; correspondiente al periodo 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2025	Informe de actividades mes de noviembre.

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 11			
Las demás actividades relacionadas con su objeto contractual y le sean asignadas por la supervisión y/o apoyo a la supervisión del contrato			
ACTIVIDAD		MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL	
Actividad 1: Se realizo informe de actividades de CPS 449-2025; correspondiente al periodo 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2025		Informe de actividades mes de noviembre.	
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
	COMPENSAR	POSITIVA	PORVENIR
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: Hernando Enrique Salgado Amaya Cédula: 15044972	
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: PEDRO LUIS DIEZ RODRIGUEZ Cargo: APOYO A LA SUPERVISIÓN Firma: 	
		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)	
		Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO Cargo: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE Firma: 	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	15044972	HERNANDO ENRIQUE SALGADO AMAYA		CALLE 48D No. 9-91 SUR	2030210	hernando_salgado@yahoo.com.mx
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	
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91914778	\$1.281.800	

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					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	517.900	0		0		0	0	0	0	517.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	662.900	0	0	0	0	0	0	0	662.900	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	101.000				101.000	0	0	101.000			1,010	101.000	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	517.900	517.900
Pensión	1	662.900	662.900
Riesgos Laborales	1	101.000	101.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.281.800	1.281.800

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	15044972	HERNANDO ENRIQUE SALGADO AMAYA	CALLE 48D No. 9-91 SUR	2030210	hernando_salgado@yahoo.com.mx
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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91914778	\$1.281.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	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	15044972	SALGADO AMAYA HERNANDO ENRIQUE	59	0		N																	25-14	4.142.800	662.900	0	0	0	0	EPS001	4.142.800	517.900	14-23	4.142.800	3	101.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	HERNANDO ENRIQUE SALGADO AMAYA	NIT:	15044972
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	noviembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	noviembre 2025
Número de Radicación:	91914778	Total a pagar:	\$1,281,800
Fecha de vencimiento:	17/12/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	01/12/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	NEQUI	Número Autorización:	1972061303
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$101,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$662,900
EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS S.A.	1		\$0	\$517,900
						\$1,281,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL
CONTRATISTA**

Declaración Juramentada

Número del Contrato 488 de 2025

Yo, Hernando Enrique Salgado Amaya Identificado con cedula de ciudadanía No 15044972 expedido en la ciudad de Sahagun

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 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



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 párrafo 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 el 31 de diciembre 2025

Hernando Enrique Salgado Amaya
15.044.972 de Sahagun
Calle 48 B No.9-91 sur
3208247344
hernandosalgado2345@gmail.com

Bogotá D. C.,

Señores:

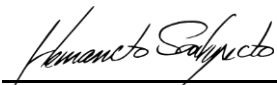
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

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

Yo, Hernando Enrique Salgado Amaya identificado(a) con cédula de ciudadanía número 15044972 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	IDRD	1075/2025	10 MESES	38.570.000	1/04/2025	30/01/2026
2						
3						
4						
5						

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



Firma

Hernando Enrique Salgado Amaya
15044972
Calle 48 B No.9-91 sur
3208247344
hernandosalgado2345@gmail.com

Bogotá, D.C, 31 de diciembre de 2025

CONSTANCIA

Yo, Hernando Enrique Salgado Amaya, habiendo suscrito contrato No. 488 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:

1. No se me asigna ORFEO.

Nota: se anexa la presente carta únicamente con carácter informativo, ya que se nos ha indicado que no se nos otorgara ORFEO.

Por lo anterior, suscribo la presente.


Hernando Enrique Salgado Amaya
C.C. No. 15044972 de Sahagún

- 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	cps 488 - 2025 HERNANDO SALGADO PAGO 1 SEPTIEMBRE	4/11/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11/4/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2,600,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	CPS 488 HERNANDO SALGADO pago 002 MES DE OCTUBRE	4/11/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	11/4/2025 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6,500,000 COP	Aceptada	Detalle
Pago 003	CPS-488-2025 HERNANDO ENRIQUE SALGADO AMAYA PAGO 3	9 días de tiempo transcurrido (13/1/2025 10:57:00 AM)(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	9 días de tiempo transcurrido (12/1/2025 12:00:00 PM)(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6,500,000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
<input type="checkbox"/> 39. Acta de inicio.pdf	39. Acta de inicio.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 35. Certificado de registro presupuestal.pdf	35. Certificado de registro presupuestal.pdf	Comprador	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 38. Certificado afiliación ARL.pdf	38. Certificado afiliación ARL.pdf	Comprador	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDIA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 488-2025

Yo Diana Carolina Sánchez Castillo, en calidad de supervisor(a) del contrato No. (488-2025) suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y Hernando Enrique Salgado Amaya), identificado(a) con el número de documento 15044972, certifico que el (la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 4 presentado para el período comprendido entre el 01-diciembre - 2025 y 31- diciembre- 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

\$ 6.500.000

En constancia se firma a los 31 días del mes de diciembre dos mil veinticinco (2025).

PEDRO DIEZ

PEDRO LUIS DIEZ RODRIGUEZ

C.C. No. 1031151094 de Bogotá

Apoyo a la supervisión



DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO

C.C. No. 52.883.374 de Bogotá

ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE