
		<b>FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE</b>			Código: GCO-GCI-F148 Versión: 03 Vigencia: 21 de diciembre de 2022 Caso HOLA: 282943	
<b>FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE</b>						
						ART 383 <input checked="" type="checkbox"/>
<b>CONTRATO No.</b>	Prestacion de Servicios Profesionales		536-2025	<b>FECHA:</b>	31/12/2025	
<b>CONTRATISTA:</b>	Ruben Dario Rodriguez Tabares			<b>NIT. o C.C.</b>	79320928	
<b>PERIODO:</b>	<b>Del</b>	1/12/2025	<b>Al</b>	31/12/2025		
<b>PAGO No.</b>	2		Documento No.	Cuenta cobro		2
<b>Responsable IVA</b> <input type="checkbox"/>		<b>Pensionado</b> <input type="checkbox"/>		<b>Dependientes</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Declarante de renta</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>PAGO</b>	<b>CUENTA CONTABLE CGN</b>	<b>CUENTA CONTABLE SDH</b>	<b>BASE</b>	<b>%</b>	<b>VALOR</b>	
<b>VALOR BRUTO</b>	55050602	5507060000			<b>3.100.000</b>	
Retefuente Arrendamientos			-	0,00%	<b>0</b>	
Retefuente Servicios			-	0,00%	<b>0</b>	
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	<b>2436150201</b>	1.827.450	0,00%	<b>0</b>	
Retefuente Compras						
Retefuente C.O.P						
Reteiva	243625		-	0,00%	<b>0</b>	
Reteica	<b>243627</b>	<b>2436270100</b>	2.746.600	0,966%	<b>26.532</b>	
Contribución Especial						
Amortización Anticipos						
Otros Ajustes de Reten.					<b>0</b>	
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>					<b>26.532</b>	
<b>NETO A PAGAR</b>	<b>240102</b>	<b>2401010100</b>			<b>3.073.468</b>	
						
<b>LUISA FERNANDA GUZMAN MARTINEZ</b> <b>Contador ( E ) F.D.L RUU</b>						
Elaboró: Sara Pacheco Contratista FDLRUU			<b>PLANILLA MES DEL INGRESO</b> <input checked="" type="checkbox"/>		DICIEMBRE	
Aprobó:						
<b>Objeto del Contrato:</b>						
PRESTAR SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO Y OPERATIVO EN EL DESARROLLO DE ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVAS DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, COLABORANDO EN EL MONTAJE, ORGANIZACIÓN, MANEJO DE MATERIALES Y ACOMPAÑAMIENTO BÁSICO A LOS PROCESOS DESARROLLADOS EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ESTE COMPONENTE.						
Rubro Presupuesta: <b>O230117459920242795</b>						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
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>		1.240.000				
Aporte obligatorio para salud - 12,5%		155.000				
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP		198.400				
Aporte obligatorio ARL		-				
<b>TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN</b>		<b>353.400</b>				

**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

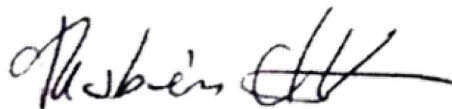
Estimada supervisora,

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 2 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 536-2025 por un valor \$ 3.100.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto las certificaciones de afiliación al Sistema de Seguridad Social (EPS, Pensión y ARL) correspondiente DICIEMBRE con numero de planilla 92216924 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,



---

**Ruben Dario Rodriguez Tabares**  
79320928  
rrodrigueztabarez@gmail.com

Bogotá D.C 31 de diciembre de 2025

**CUENTA DE COBRO N° 2**

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

**DEBE A:  
Ruben Dario Rodriguez Tabares  
79320928**

**LA SUMA DE:** \$ 3.100.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 536 2025 durante el periodo comprendido entre:

**1 de diciembre de 2025 al 31 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:

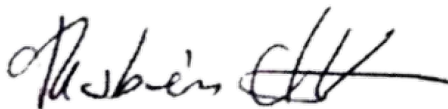
**Mes de aporte:** Diciembre

**Numero de planilla:** 92216924

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	Positiva	NO APLICA
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	Capital Salud	\$ 178.000
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	Colpensiones	\$ 227.800

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 24113047639 DEL BANCO Caja Social

Atentamente,



---

**Ruben Dario Rodriguez Tabares**  
79320928  
Calle 32F sur No 13F 74  
3115568740  
rrodrigueztabarez@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2	
PERIODO: 1 de diciembre de 2025 AL 31 de diciembre de 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA	536- 2025 5 meses
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Ruben Dario Rodriguez Tabares
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	79320928
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	5 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.500.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 3.100.000
FECHA ACTA DE INICIO	14 de noviembre de 2025
PRÓRROGA <sup>1</sup>	NO APLICA
ADICIÓN	NO APLICA
SUSPENSIÓN	NO APLICA
CESION	NO APLICA
DISMINUCION DE PLAZO	NO APLICA
REDUCCION DE VALOR	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 15.500.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	5 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	13 de abril de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO Y OPERATIVO EN EL DESARROLLO DE ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVAS DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, COLABORANDO EN EL MONTAJE, ORGANIZACIÓN, MANEJO DE MATERIALES Y ACOMPAÑAMIENTO BÁSICO A LOS PROCESOS DESARROLLADOS EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ESTE COMPONENTE.

INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p><b>Obligación 1:</b> Apoyar el montaje y desmontaje de los espacios físicos donde se desarrollan las sesiones de formación deportiva, garantizando las condiciones adecuadas para su ejecución. <b>Se realiza el acompañamiento para el montaje y desmontaje de los escenarios asignados para las sesiones de los beneficiarios de:</b> 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Fotos del montaje y desmonaje de escenarios en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>
<p><b>Obligación 2:</b> Colaborar con el manejo, distribución, organización y custodia de los materiales e implementos deportivos utilizados durante las actividades. <b>Se realiza el manejo distribución y organizaion del material de apoyo requeido para el desarrollo de las actividades deportivas en los escenarios asignados para las sesiones de los beneficiarios de:</b> 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Fotografías de la organización y distribución del material en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>
<p><b>Obligación 3:</b> Brindar acompañamiento básico durante las sesiones de formación, apoyando a los instructores(as) en el control del grupo y la orientación general a los participantes <b>Se realiza e acompañamiento en las sesiones realizadas e cuanto al manejo de los materiales y apoyo a los beneficiarios en los escenarios asignados para las sesiones de los beneficiarios de:</b> 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Fotos de la organización de los beneficiarios de: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>

INFORME DE ACTIVIDADES

<p><b>Obligación 4:</b> Verificar el estado y disponibilidad de los escenarios y materiales deportivos antes y después de cada jornada, reportando novedades encontradas. <b>Se realiza el conteo y distribución de los materiales a los beneficiarios en los escenarios asignados para las sesiones de los beneficiarios de:</b> 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Planilla de conteo y entrega en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>
<p><b>Obligación 5:</b> Apoyar en la logística de eventos deportivos, muestras pedagógicas, festivales y encuentros programados en el marco del proyecto. <b>Se realiza el acompañamiento constante en las sesiones de clases deportivas realizadas en los escenarios asignados para las sesiones de los beneficiarios de:</b> 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Fotos de la organización realizada en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>
<p><b>Obligación 6:</b> Colaborar en los procesos de inscripción, registro de asistencia y acompañamiento a beneficiarios, según indicaciones del supervisor(a) y/o apoyo a la supervisión. <b>Se realiza el diligenciamiento de los formatos de inscripción, asistencia y acompañamiento en las sesiones de clase, con base en los formatos aprobados por la alcaldía en:</b> 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Formatos de inscripción, asistencia y acompañamiento diligenciados en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>
<p><b>Obligación 7:</b> Promover el uso adecuado y responsable del espacio público, velando por el orden y la limpieza de los escenarios deportivos durante las actividades en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>	<p>Fotos de control de orden y limpieza en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>

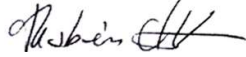
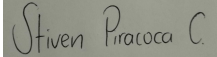

INFORME DE ACTIVIDADES

<p><b>Obligación 8:</b> Participar en las reuniones, jornadas de formación o inducción convocadas por el supervisor(a) y/o apoyo a la supervisión.</p>	<p>No aplica para este periodo</p>
<p><b>Obligación 9:</b> Apoyar la aplicación de protocolos de bioseguridad, convivencia y seguridad en el desarrollo de las sesiones.</p>	<p>No aplica para este periodo</p>
<p><b>Obligación 10:</b> Acompañar al instructor durante toda la sesión, prestando soporte operativo cuando se requiera, y garantizando el cumplimiento del protocolo de ejecución (inicio, desarrollo y cierre de la actividad). <b>Se realiza el acompañamiento constante a los instructores con el fin de dar soporte en lo requerido en los escenarios de las sesiones de los beneficiarios de:</b> <b>1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM)</b> <b>2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM)</b> <b>3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM)</b> <b>4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM)</b> <b>5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</b></p>	<p>Actas de acompañamiento en: 1. Pesebre (1-12-2025 8AM-9AM) 2. Geriátrico la Ternura (3-12-2025 10AM-11AM) 3. Pesebre (4-12-2025 8AM.-9AM) 4. Escuela deportiva Govarova (4-12-2025 9AM-10AM) 5. Geriátrico la Ternura (5-12-2025 10AM-11AM)</p>
<p><b>Obligación 11:</b> Durante los dos primeros meses de ejecución del contrato deberá presentar soporte del curso del curso de 'Primer Respondiente', emitido por la Secretaria de Salud del Distrito, del cual debe presentar copia.</p>	<p>No aplica para este periodo</p>
<p><b>Obligación 12:</b> Aplicar conocimientos básicos de primeros auxilios como primer respondiente, en caso de presentarse alguna eventualidad o emergencia, y activar las rutas de atención correspondientes.</p>	<p>No aplica para este periodo</p>
<p><b>Obligación 13:</b> Las demás actividades relacionadas con su objeto contractual y le sean asignadas por la supervisión y/o apoyo a la supervisión del contrato.</p>	<p>No aplica para este periodo</p>

INFORMACIÓN ADICIONAL

<p><b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</b></p>	<p><b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</b></p>	<p><b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL</b></p>	<p><b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</b></p>
--	---	---	---

INFORME DE ACTIVIDADES

Capital Salud	Positiva	Colpensiones
<b>FIRMAS</b>		
<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 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.</p>	<b>CONTRATISTA</b>	
	<p><b>FIRMA:</b> </p>	
	<p><b>NOMBRE:</b> Ruben Dario Rodriguez Tabares</p>	
	<p><b>CEDULA:</b> 79320928</p>	
<p><b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> 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.</p>	<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO</b>	
	<p><b>FIRMA:</b> </p>	
	<p><b>NOMBRE:</b> Estiven Piracoca Castro</p>	
	<p><b>CARGO:</b> Apoyo a la supervisión</p>	
<p><b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> 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.</p>	<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>	
	<p><b>FIRMA:</b> </p>	
	<p><b>NOMBRE:</b> DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO</p>	
	<p><b>CARGO:</b> ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE</p>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79320928	RUBEN DARIO RODRIGUEZ TABARES		calle 32f No 13 F 74	3115568740	rrodrigueztabarez@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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92216924	\$405.800	

### 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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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										

#### 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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>405.800</b>	<b>405.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79320928	RUBEN DARIO RODRIGUEZ TABARES		calle 32f No 13 F 74	3115568740	rrodrigueztabarez@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-12	2025-12	\$405.800				

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	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	79320928	RODRIGUEZ TABARES RUBEN DARIO	3	0	N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	178.000		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



**PSE - Transacción Aprobada**  **CUS 1993072294**

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: sindyrodriquez67@gmail.com

mar, 9 de dic de 2025 a la hora 12:17 p.m.



**¡Hola, Sindy Lorena Rodriguez Peralta!**

**Estado de la Transacción:** **Aprobada** 

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 405.800

**Empresa:** COMPENSAR-01

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 09/12/2025

**CUS:** 1993072294

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en 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.



**Para mayor información comunícate con nosotros:**



En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA  
ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

#### "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."



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 536 de 2025

Yo, Ruben Dario Rodriguez Tabares Identificado con cedula de ciudadanía No 79320928 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 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 31 de diciembre de 2025

**Ruben Dario Rodriguez Tabares**

79.320.928 de Bogota

Calle 32F sur No 13F 74

3115568740

[rrodrigueztabarez@gmail.com](mailto:rrodrigueztabarez@gmail.com)



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 536-5 meses 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

Ruben Dario Rodriguez Tabares

CÉDULA N°

79320928

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

Participación

TELÉFONO

3115568740

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

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.

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 físicos ó psicológicos

Requisitos:  
\* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.  
\* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección 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 físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

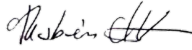
Requisitos:  
\* Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.  
\* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito  
\* Certificación de Contador Público en la que conste 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 físicos 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 físicos 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 o 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

Bogotá, 31 de diciembre de 2025

### CONSTANCIA

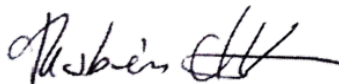
Yo, Ruben Dario Rodríguez Tabarez, habiendo suscrito contrato N° 536 – 2025 con el fondo de desarrollo local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

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.



Ruben Dario Rodriguez Tabarez  
CC 79.320.928

Bogotá D. C.,

Señores:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

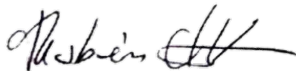
**ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.**

**Artículo 17 Decreto 189 de 2020**

Yo, Ruben Dario Rodriguez Tabares identificado(a) con cédula de ciudadanía número 79320928 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 31 de diciembre de 2025



Firma

Ruben Dario Rodriguez Tabares

79320928

Calle 32F sur No 13F 74

3115568740

rrodrigueztabarez@gmail.com

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

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 536 - 2025**

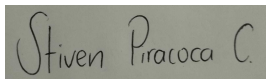
Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 536-2025 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y Ruben Dario Rodriguez Tabares identificado(a) con el número de documento 79320928 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 2 presentado para el período comprendido entre el **1 de diciembre de 2025 al 31 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 \$ 3.100.000

En constancia se firma a los 31 de diciembre de 2025

Apoyo a la supervisión,



**ESTIVEN PIRACOCA CASTRO**

Apoyo a la supervisión

Supervisor,



**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**

Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe