

**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. 4 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 511-2025 por un valor de \$ 4.180.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2026 al 20 de enero de 2026

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. 42118194 correspondiente al mes de ENERO para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,



ERIKA LIZETH ROJAS RONDON

1026276229

erirondon16@gmail.com

Bogotá D.C 5 de febrero de 2026

CUENTA DE COBRO N° 4

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

**DEBE A:
ERIKA LIZETH ROJAS RONDON
1026276229**

LA SUMA DE: \$ 4.180.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 511-2025 durante el periodo comprendido entre:

1 de enero de 2026 al 20 de enero de 2026

Código actividad económica principal RUT: **8922**
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: ENERO

Numero de planilla: 42118194

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	POSITIVA	13.100
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	FAMISANAR	313.500
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	PORVENIR	401.300

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 24073286132 DEL BANCOCAJA SOCIAL

Atentamente,



ERIKA LIZETH ROJAS RONDON




1026276229
TV 13A 45F 51 SUR
3208349419
erirondon16@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 4	
PERIODO: 1 de enero de 2026 AL 20 de enero de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>CPS</u>
No. CONTRATO Y FECHA	511-2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ERIKA LIZETH ROJAS RONDON
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1026276229
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	3 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.810.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 4.180.000
FECHA ACTA DE INICIO	21 de octubre de 2025
PRÓRROGA	MESES
ADICIÓN	NO APLICA
PLAZO POR REDUCIR	NO APLICA
VALOR POR REDUCIR	NO APLICA
SUSPENSIÓN	NO APLICA
CESION	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 18.810.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	3 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	20 de enero de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE GESTION DE DESARROLLO APOYANDO LA GESTION, ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA, CONTABLE Y PRESUPUESTAL EN CUMPLIMIENTO AL MARCO NORMATIVO APLICABLE.

INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Obligación 1: -Se realizo apoyo en revisión de cuentas naturales asignadas y cuentas jurídicas vinculadas al Fondo de desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe. Así mismo la elaboración de planillas borrador para posterior cargue en el sistema SAP.	Planillas de las cuentas para el cargue en el sistema SAP subidas en el One Drive compartido del área de Presupuestos.
Obligación 2: -Revisión de documentos de las solicitudes de CDP Y RPS recibidas por correo y asignadas en el área, para trámite correspondiente. - Se realizó elaboración y cargue de CDP Y RP en el aplicativo SAP.	Matriz de CDPS Y RPS 2025 - Elaboración de CRPS Y CDPS en el aplicativo asignado bajo el usuario SAP: Elrojas
Obligación 3: -Se realizó apoyo en la revisión de cuentas cargadas en el ONE DRIVE, así como devoluciones y/o correcciones.	Se verifica base de datos y se realiza consolidación de información.
Obligación 4: En el periodo de actividades establecido no se elaboró Matriz de obligaciones por pagar que es insumo para consolidado de Sivicof.	Para el periodo establecido no se realizo apoyo a esta actividad toda vez que la información debía enviarse el 22 de enero 2026.
Obligación 5: -En el periodo de actividades establecido no me asignaron derechos de petición, quejas o reclamos de la comunidad para ser tramitados. -Se realiza revisión de cada uno de los Orfeos informados de la Bandeja del aplicativo.	Se revisó y consultó memorandos informados.
Obligación 6: -En el periodo de actividades establecido no me asignaron informes para los organismos de control y demás entidades, así como dar respuesta a las peticiones que sean asignadas al área.	Para este periodo se realizo apoyo en la elaboracion de informes para organismos de control.
Obligación 7: -En el periodo de actividades establecido tuve que realizar documentos u oficios, así como dar respuesta oportuna a los derechos de petición que por competencia sean asignados en los términos establecidos en la legislación vigente no tuve asignación de documentos por Orfeo.	Para este periodo se realizo apoyo en la elaboracion de un documento borrador para Referencia Ejecutivo N° 110013103013202400340 del Juzgado Trece Civil del Circuitode Bogotá iniciado por Escala capital SAS Contra Alexandra Cajigas Escobedo, JavierGutiérrez López, Americana de distribuciones LTDA.
Obligación 8: -En el periodo de actividades establecido fui designada para verificación de soportes y agregar la información de algunos jurídicos en la base de la evaluación de los indicadores financieros.	Para el periodo establecido se realizó apoyo en la verificación de soportes de juridicos; verificación de cuentas físicas para tramite de pago.

INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación 9: -Se realiza apoyo en la gestión de estados de cuentas del sistema solicitados por las diferentes áreas del FDLRUU y se alimenta la matriz correspondiente - Se realiza apoyo en la elaboración de CDP y RP en el sistema SAP - Se realiza apoyo en la consulta de SECOP para validación en el cargue de cuentas que deben realizar todos los contratistas		Se revisa la disponibilidad para de la ejecución del plan mensual de caja – PAC Actualización base de Cdps y rps 2025 y 2026 y base de revisión de cargue de cuentas en SECOP de los contratistas y cuentas jurídicas.	
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	FAMISANAR	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 labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.		CONTRATISTA	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: ERIKA LIZETH ROJAS RONDON	
		CEDULA: 1026276229	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO	
		FIRMA: 	
		NOMBRE: DIANA ROCIO SANCHEZ CURREA	
		CARGO: PROFESIONAL RESPONSABLE DE SUPERVISOR/INTERVENTOR	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		FIRMA: 	
		NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO	
		CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026276229	ERJKA LIZETH ROJAS RONDON	TV 13A 45f 51 sur	3208349419	erirondon16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	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	13/01/2026	92622658	\$729.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	313,500	0		0		0	4	800	0	314,300	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	401,300	0	0	0	0	4	1,000	0	402,300	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	13,100				13,100	4	100	13,200			131	13,200	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	313,500	314,300
Pensión	1	401,300	402,300
Riesgos Laborales	1	13,100	13,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	727,900	729,800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026276229	ERJKA LIZETH ROJAS RONDON		TV 13A 45f 51 sur	3208349419	erirondon16@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
2025-12	2025-12	I	13/01/2026	92622658	\$729.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotizante extranjero	Extraterritorial	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUN	IDE	DMA	SAC	PAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Código de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1026276229	ROJAS RONDON ERIKA LIZETH	59	0		N																		230301	2,508,000	401,300	0	0	0	0	EPS017	2,508,000	313,500	14-23	2,508,000	1	13,100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026276229	ERIKA LIZETH ROJAS RONDON		TV 13A 45f 51 sur	3208349419	erirondon16@hotmail.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	
2026-01	2026-01	I	06/02/2026	42118194	\$727.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	313.500	0		0		0	0	0	0	313.500	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	401.300	0	0	0	0	0	0	0	401.300	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	13.100				13.100	0	0	13.100			131	13.100	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	313.500	313.500
Pensión	1	401.300	401.300
Riesgos Laborales	1	13.100	13.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	727.900	727.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026276229	ERIKA LIZETH ROJAS RONDON	TV 13A 45f 51 sur	3208349419	erirondon16@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	06/02/2026	42118194	\$727.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Exonerado	Calificación	Exonerado	ING	RET	TRE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SUN	IDE	LMA	SAC	ASP	ACT	REL	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	1026276229	ROJAS RONDON ERIKA LIZETH	59	0	N																			230301	2,508,000	401,300	0	0	0	0	EPS017	2,508,000	313,500	14-23	2,508,000	1	13,100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Número del Contrato 511 de 2025

Yo, ERIKA LIZETH ROJAS RONDON Identificado con cedula de ciudadanía No 1026276229 expedido en la ciudad de BOGOTÁ D.C

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

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que 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 9 de febrero de 2026

ERIKA LIZETH ROJAS RONDON

1.026.276.229 de BOGOTA D.C

TV 13A 45F 51 SUR

3208349419

erirondon16@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, ERIKA LIZETH ROJAS RONDON identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1026276229 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 9 de febrero de 2026



Firma

ERIKA LIZETH ROJAS RONDON

1026276229

TV 13A 45F 51 SUR

3208349419

erirondon16@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 511-2025 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

9

MES

2

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

ERIKA LIZETH ROJAS RONDON

CÉDULA N°

1026276229

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

PRESUPUESTO

TELÉFONO

3208349419

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
DANNA GABRIELA GUIZA ROJAS	HIJA	5 MESES	

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

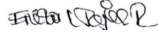
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

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 requisitos en cada caso de se debe anexas por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegado nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se realiza la siguiente relación de las actividades ejecutadas por el contratista **ERIKA LIZETH ROJAS RONDON** identificado con cedula de ciudadanía número **1.026.276.229** de Bogotá con el cual el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe tiene suscrito el contrato de prestación de servicios **CPS-511-2025** el cual tiene por objeto “PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO APOYANDO LA GESTION, ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA, CONTABLE Y PRESUPUESTAL EN CUMPLIMIENTO AL MARCO NORMATIVO APLICABLE”. Con fecha de inicio el 21 de Noviembre de 2025 y una duración de tres (3) meses, dejando como fecha final el 20 de enero de 2026.

En virtud de esto se relacionan las obligaciones y se detalla la labor que se realizó durante este tiempo en cada una de ellas.

OBLIGACION ESPECIFICA 01:

Brindar apoyo al analista económico del Fondo en todo lo concerniente a los trámites de pagos, revisión de documentación, y atención a los contratistas

ACTIVIDADES:

- Se realizó apoyo con la revisión de las cuentas de prestación de servicios que se pasaron durante los meses de ejecución del contrato dejando el total de las cuentas en estado ok para el proceso de pago correspondiente.

OBLIGACION ESPECIFICA 02:

Participar de la elaboración de las solicitudes de Certificados de disponibilidad y de registros presupuestales que amparan los compromisos del Fondo de Desarrollo Local de conformidad con el marco normativo vigente en los aplicativos destinados para tal fin por la secretaria Distrital de Hacienda

ACTIVIDADES:

- Bajo la asignación de usuario ELROJAS con el aplicativo BOG-DATA de SAP se realizó apoyo en la elaboración de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal – CDP y Certificado de Registro Presupuestal - CRP de los contratos solicitados vía correo electrónico por la profesional responsable del área de Presupuesto.

OBLIGACION ESPECIFICA 03:

Aportar información concerniente a la actualización de las obligaciones por pagar, así como dar respuesta a las peticiones que sean asignadas al área.

ACTIVIDADES:

- Se apoya con la elaboración de los estados de cuenta que se asignaron para el envío correspondiente.

OBLIGACION ESPECIFICA 04:

Participar de la elaboración de los informes que se presentan en el programa SIVICOF

ACTIVIDADES:

- Para este periodo no se solicitó de apoyo para la realización de esta actividad toda vez que me encontraba en proceso de alistamiento y capacitación en el área.

OBLIGACION ESPECIFICA 05:

Revisar y realizar en los aplicativos destinados por la Secretaria Distrital de Hacienda la disponibilidad del PAC de los diferentes contratos autorizados para pago

<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó apoyo en la gestión de los pagos que se realizaron durante la ejecución del contrato, en el alistamiento y tramite de planillas para pago.
<p>OBLIGACION ESPECIFICA 06: Elaborar los informes que soliciten los organismos de control y demás entidades, así como dar respuesta a las peticiones que sean asignadas al área</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó apoyo con los informes solicitados al área, con reportes de ejecuciones y de CRP.
<p>OBLIGACION ESPECIFICA 07: Proyectar los documentos u oficios, así como dar respuesta oportuna a los derechos de petición que por competencia le sean asignados en los términos establecidos en la legislación vigente y a la correspondencia que le sea asignada a través del aplicativo ORFEO.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó apoyo en la proyección de oficio asignado por la responsable de presupuesto, para dar respuesta oportuna y tramite correspondiente.
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 08: Realizar la evaluación de los indicadores financieros de los procesos que adelante el FDLRUU en los cuales sea designada como parte del Comité Evaluador</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó apoyo al compañero del área Luis Bombiela en la revisión de documentos de evaluación financiera, revisando los indicadores solicitados.
<p>OBLIGACION ESPECIFICA 09: Participar de la revisión de estudios previos en el componente financiero de los procesos que pretenda adelantar el FDLRUU, cuando sea requerido</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se asistió a todas la reuniones y mesas de trabajo que se solicitaron
<p>OBLIGACION ESPECIFICA 10: Las demás que le asigne el supervisor del contrato y que surjan de la naturaleza de este</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se asiste a la oficina de la Alcaldía Local de Rafael Uribe Uribe (Área de Presupuesto) y se da información relacionada a pagos siempre y cuando sea requerida desde el área financiera.

COMPROMISOS DE LA REUNION

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Se entrego los compromisos quedando a paz y salvo	ERIKA ROJAS	09/02/2026

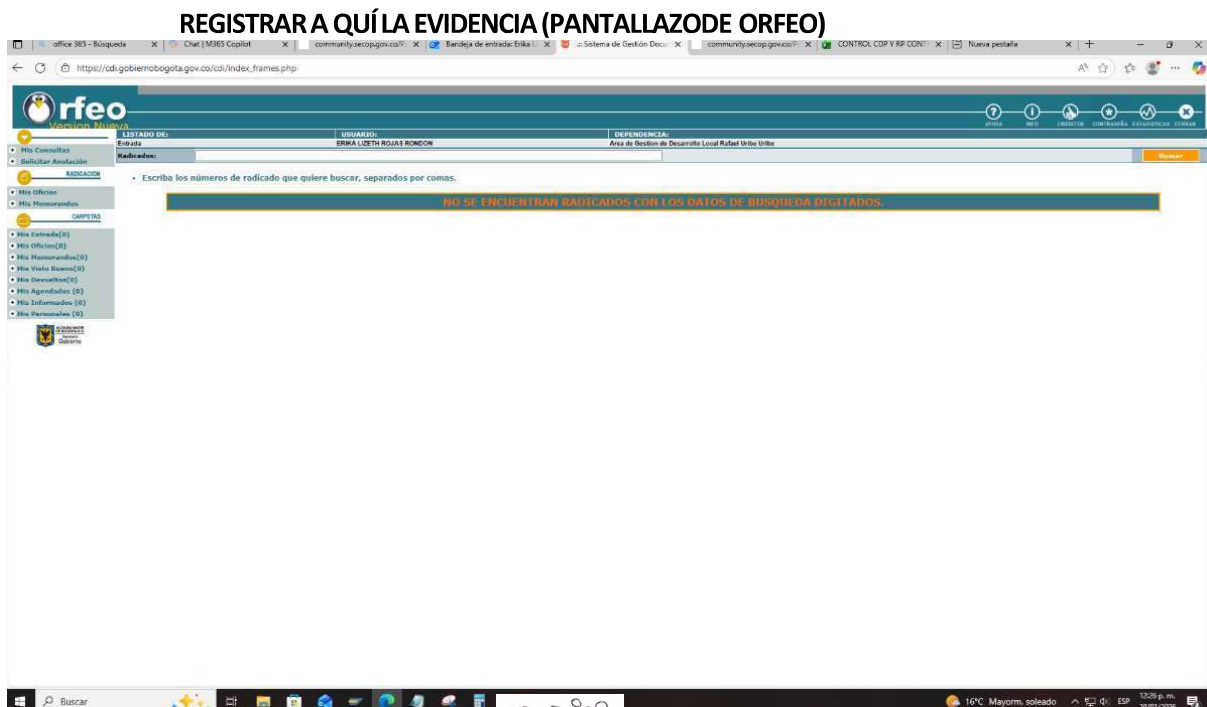
Bogotá, D. C. 09 febrero de 2026

CONSTANCIA

Yo, **ERIKA LIZETH ROJAS RONDON**, habiendo suscrito contrato No. **511** 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. Que a la fecha no registro ningún asunto pendiente de trámite en el aplicativo Orfeo (si aplica).
Nota: De tener Orfeos pendientes no deben ser superiores a 10 días, o si su vencimiento es inferior (10 días) no estar por fuera del término establecido).
2. Que todas las peticiones y/o solicitudes a mi designadas, fueron tramitadas en su oportunidad y dentro de términos de ley.
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.
3. Que no quedó pendiente de trámite ninguna solicitud asignada a mí.
4. Por lo anterior, suscribo la presente.



ERIKA LIZETH ROJAS RONDON
CC. 1.026.276.229

LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA QUE:

Fecha: 28/01/2025 Dependencia: Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe

El(la) señor(a): Erika Lizeth Rojas Rondon

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 1026276229 de: Bogotá


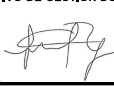


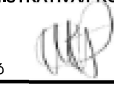
Correo Personal : Erirondon16@gmail.com Celular : 3208349419

Direccion para notificación (puede ser el correo personal): Erirondon16@gmail.com

INFORMACIÓN DEL CONTRATO			
Contrato No.	511	2025	Proyecto No. 2775
Desde:	10/21/2025	Hasta:	1/20/2026

MOTIVACIÓN DE LA SOLICITUD			
<input checked="" type="radio"/>	Terminación de contrato	<input type="radio"/>	Cesión de contrato
	Otro:		Terminación de vinculación

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? SÍ ____ NO ____ CÚAL? ____ PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE

DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL  Verificó Nombre <u>Carlos Barrera A.</u>	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 <u>Orfeo</u>	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 <u>Edixon Alexander Tovar Pinzón</u>	Observaciones No tiene elementos a cargo
ÁREA INVENTARIOS/ PROFESIONAL NIVEL CENTRAL  Verificó Nombre <u>Edixon Alexander Tovar Pinzón</u>	Observaciones No tiene elementos a cargo
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Carné  Verificó Nombre <u>Johanna Rubiano</u>	Observaciones No cuenta con carné institucional físico.
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL <u>Edilson Velandia</u> Verificó Nombre _____	Observaciones SERIE CONTRATOS: No tiene pendientes Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Título IV Artículo 15

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 511-2025

Yo DIANA ROCIO SANCHEZ CURREA en calidad de supervisor(a) del contrato No. 511-2025 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y ERIKA LIZETH ROJAS RONDON identificado(a) con el número de documento 1026276229 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 4 presentado para el período comprendido entre el **1 de enero de 2026** al **20 de enero de 2026**

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

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$ 4.180.000

En constancia se firma a los 9 de febrero de 2026

Apoyo a la supervisión,



DIANA ROCIO SANCHEZ CURREA

Apoyo a la supervisión

Supervisor,



DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO

Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe