

## FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

### FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383

<b>CONTRATO No.</b>	Prestacion de Servicios Profesionales	406-2026	<b>FECHA:</b>	<b>4/03/2026</b>
<b>CONTRATISTA:</b>	NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS		<b>NIT. o C.C.</b>	52484426
<b>PERIODO:</b>	<b>Del</b>	<b>29/01/2026</b>	<b>Al</b>	<b>28/02/2026</b>
<b>PAGO No.</b>	<b>1 y 2</b>		Documento No.	Cuenta cobro <b>1 y 2</b>
<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"/>

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
<b>VALOR BRUTO</b>	51117901	5111790317			<b>7.616.000</b>
Retefuente Honorarios			-	0,00%	<b>0</b>
Retefuente Servicios			-	0,00%	<b>0</b>
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	<b>2436150201</b>	5.140.800	19,00%	<b>31.401</b>
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243627		-	0,00%	<b>0</b>
Reteica	<b>243627</b>	<b>2436270100</b>	7.616.000	0,966%	<b>73.571</b>
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					<b>0</b>
<b>TOTAL DESCUENTOS</b>					<b>104.972</b>
<b>NETO A PAGAR</b>	<b>240101</b>	<b>2401010100</b>			<b>7.511.028</b>



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

Elaboró: Sara Pacheco - Contratista FDLRUU

**PLANILLA MES DEL INGRESO**

ENERO

Aprobó:

**Objeto del Contrato:**

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO JURIDICO AL AREA DE GESTION POLICIVA NORMATIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS A LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

Rubro Presupuesta: **O230117459920242775**

**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.

<b>Base para pago de salud, pensión y ARL</b>	3.046.400
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	380.800
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	487.424
Aporte obligatorio ARL	15.902
<b>TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN</b>	<b>884.126</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.1-2 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 406-2026 por un valor de \$ 7.616.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 29 de enero al 28 de febrero 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. 42026340 correspondiente al mes de ENERO 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,



**NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS**

52484426

nesantafe@gmail.com

Bogotá D.C 02 DE MARZO DE 2026

**CUENTA DE COBRO N° 1 y 2**

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

**DEBE A:  
NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS  
52484426**

**LA SUMA DE: \$ 7.616.000**

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 406-2026 durante el periodo comprendido entre:

**del 29 de enero al 28 de febrero de 2026**

Código actividad económica principal RUT: **6910**

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:**

42026340

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	POSITIVA	9.100
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	218.900
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias)	PORVENIR	280.100

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 67957880824 DEL BANCOBANCOLOMBIA

Atentamente,



**NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS**

52484426



CALLE 134 59 A 81 TO 4 AP 303

3 1 2 3 7 5 4 9 1 2

nesantafe@gmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1 y 2	
PERIODO: de 29 de enero al 28 de febrero de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>CPS</u>
No. CONTRATO Y FECHA	406-2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	52484426
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	11 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 78.540.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 7.616.000
FECHA ACTA DE INICIO	29 de enero de 2026
PRÓRROGA¹	MESES
ADICIÓN	\$ -
SUSPENSIÓN	0
CESION	NO APLICA
DISMINUCION DE PLAZO	NO APLICA
REDUCCION DE VALOR	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 78.540.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	11 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	28 de diciembre de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO JURIDICO AL AREA DE GESTION POLICIVA NORMATIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS A LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE

OBLIGACION ESPECIFICA No 1	
<p>Analizar, sustanciar, revisar, subsanar y gestionar de manera oportuna y con calidad, bajo la normativa vigente, todos los trámites que correspondan para la depuración, archivo e impulso de las actuaciones administrativas a cargo del Alcalde Local, inclusive el cobro persuasivo, garantizando su atención dentro de los plazos internos establecidos.</p>	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA
<p>Se reviso y sustanció el expediente 103 de 2000 Tipología establecimiento de Comercio                      Se revisó y sustanció el expediente 951 de 2009 Tipología de Obras                      Se reviso y sustanció el expediente 9470 de 2014 Tipología establecimiento de Comercio                      Se reviso y sustanció el expediente 864 de 2009 Tipología obras</p>	<p>CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA</p>
OBLIGACION ESPECIFICA No 2	
<p>Brindar apoyo jurídico y realizar la revisión de los proyectos elaborados por los abogados sustanciadores que le sean asignados, garantizando su coherencia jurídica, técnica y formal antes de su trámite o firma correspondiente.</p>	
<p>Se revisó la proyección de los siguientes expedientes de obras                      11-2005, 14645-2016, 192-2010, 1254-2010, 1256-2010 y 7046-2011</p>	<p>CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA</p>
OBLIGACION ESPECIFICA No 3	
<p>Realizar las notificaciones de los actos administrativos proferidos por la Alcaldía Local.</p>	
<p>Para este periodo no se realizó la actividad</p>	<p>CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA</p>
OBLIGACION ESPECIFICA No 4	
<p>Atender en oportunidad y calidad a los ciudadanos o usuarios en los asuntos de su competencia.</p>	
<p>Se realizó la atención al usuario los siguientes días:                      Viernes 06 de febrero de 2026                      viernes 13 de febrero de 2026</p>	<p>CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA</p>
OBLIGACION ESPECIFICA No 5	
<p>Realizar verificación del expediente físico y/o digital asignado, con el fin de que este cuente, entre otros, con el debido proceso, competencia, revisión de términos, notificación efectiva, una correcta foliación, documentos suscritos e incorporados de acuerdo al trámite y actuaciones procesales y administrativas surtidas, según corresponda</p>	

Se reviso: 103 de 2000 Tipología establecimiento de Comercio 9470 de 2014 Tipología establecimiento de Comercio 111 de 2005 Tipología Obras 14645 de 2016 Tipología Obras		CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA	
<b>OBLIGACION ESPECIFICA No 6</b>			
Proyectar, revisar y gestionar en oportunidad y calidad el insumo y/o las respuestas de las diferentes PQRS, así como de requerimientos de autoridades y/o entes de control, que le sean asignados, así como cumplir dentro del término legal o institucional su envío y cierre en el aplicativo ORFEO o el que haga sus veces.			
Se brindo el apoyo de revisión de la respuesta al radicado ORFEO No. 20262200041613 de 05/02/2026		CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA	
<b>OBLIGACION ESPECIFICA No 7</b>			
Elaborar y entregar mensualmente en oportunidad y calidad, informe y soportes que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.			
Se realizó la entrega en carpeta comprimida de lo ejecutado de acuerdo a las obligaciones contractuales		CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA	
<b>OBLIGACION ESPECIFICA No 8</b>			
Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.			
Se asistió a las reuniones donde fui citada o designada, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.		CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA	
<b>OBLIGACION ESPECIFICA No 9</b>			
Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del contrato			
Se realizó la inducción de Tipologías, normatividad aplicable, trámite interno de firmas, atención al usuario y demás actividades que se desarrollan en el área de gestión policiva y jurídico.		CARPETA COMPRIMIDA ADJUNTA	
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>			
<b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</b>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL</b>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</b>
	COMPENSAR	POSITIVA	PORVENIR
<b>FIRMAS</b>			
<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.		<b>CONTRATISTA</b>	
		FIRMA: 	
		<b>NOMBRE: NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS</b> <b>CEDULA: 52484426</b>	
<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.		<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>	
		FIRMA: 	
		<b>NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO</b> <b>CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE</b>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52484426	NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS		Calle 134 59 A-81 Torre 4 Apto 303	4131678	nesantafe@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	
2026-01	2026-01	I	30/01/2026	42026340	\$508.300	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0	0	280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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
<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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>508.300</b>	<b>508.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52484426	NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS		Calle 134 59 A-81 Torre 4 Apto 303	4131678	nesantafe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	30/01/2026	42026340	\$508.300		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52484426	SANTAFE CASTELLANOS NUBIA ESPERANZA	59	0		N									X									230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	218.900	14-23	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 406 de 2026

Yo, NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS Identificado con cedula de ciudadanía No 52484426 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 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 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 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 02 DE MARZO DE 2026

**NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS**

52.484.426 de BOGOTÁ

CALLE 134 59 A 81 TO 4 AP 303

3 1 2 3 7 5 4 9 1 2

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

3 1 2 3 7 5 4 9 1 2





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 deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios 406-2026 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

2

MES

03

AÑO

2026

### INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS

CÉDULA N°

52484426

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

GESTION POLICIVA NORMATIVA Y JURIDICA

TELÉFONO

3 1 2 3 7 5 4 9 1 2

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
MARTIN DAVID BERNAL SANTAFE	HUJO	3	0

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

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

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 VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO

FIRMA DEL CONTRATISTA

### GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL - SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

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



**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **58032260**

NUIP **1141530147**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código <input type="checkbox"/>	P	J	A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 69 BOGOTÁ DC * * * * *									

Datos del Inscrito

Primer Apellido BERNAL * * * * *					Segundo Apellido SANTAFE * * * * *				
Nombre(s) MARTIN DAVID * * * * *									
Fecha de nacimiento Año <b>2022</b> Mes <b>MAR</b> Día <b>22</b>			Sexo (en letras) MASCULINO			Grupo sanguíneo A		Factor RH POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *									

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	Número certificado de nacido vivo 172712790 * * * * *
--	--

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos  
SANTAFE CASTELLANOS NUBIA ESPERANZA \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 52484426 * * * * *	Nacionalidad COLOMBIA * * * * *
---	------------------------------------

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos  
BERNAL MORENO LUIS HERNANDO \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 80087086 * * * * *	Nacionalidad COLOMBIA * * * * *
---	------------------------------------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos  
BERNAL MORENO LUIS HERNANDO \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 80087086 * * * * *	Firma 
---	-----------

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos  
\* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número) * * * * *	Firma * * * * *
---	--------------------

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos  
\* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número) * * * * *	Firma * * * * *
---	--------------------

Fecha de inscripción Año <b>2022</b> Mes <b>MAR</b> Día <b>31</b>	Nombre y firma del funcionario que autoriza JOSE ARNULFO GARAVITO RODRIGUEZ 
--	--

Reconocimiento paterno A	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento JOSE ARNULFO GARAVITO RODRIGUEZ 
-----------------------------	--

OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMOS N. 44 FOLIO N 155; OTRO: CN - NO SE IMPRIMIRÁN  
HUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO SEGÚN CIRCULAR CONJUNTA N° 037 DEL 27 DE  
MARZO DEL 2020, AMBOS BLOQUES N. 1731/03/2022



**Este Registro tiene validez permanente**

**REGISTRO CIVIL**

El presente registro es fotocopia auténtica  
tomada del original que reposa en nuestros  
archivos de Registro Civil de Nacimiento.  
Valido para acreditar carenesco.  
Se expide a solicitud de **Luis Bernal**  
Bogotá D.C. **31 MAR 2022**

**JOSE ARNULFO GARAVITO RODRIGUEZ**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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, NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS identificado(a) con cédula de ciudadanía número 5248442 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	ADRES	512	8 MESES	\$ 73.458.000	29/01/2026	28/09/2026
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 02 DE MARZO DE 2026



Firma

NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS

52484426

CALLE 134 59 A 81 TO 4 AP 303

3 1 2 3 7 5 4 9 1 2

nesantafe@gmail.com



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:19/02/2026

CONTRIBUYENTE

C.C. 52484426

NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección:	KR 111A 18C 06	Teléfonos:	4131678
Dirección electrónica:	nesantafe@gmail.com	Ciudad:	BOGOTÁ DC
		Municipio:	BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Inscripción:	28/02/2018	Soporte Inscripción:	-

## PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	PREFERENCIAL ICA	Fecha desde:	NO
Matrícula Mercantil:	NO	Fecha inicio de Actividades:	15/06/2007	Fecha de cese de Actividades:	NO
				No. Establecimientos:	0

Actividad 1: 69101 - Actividades jurídicas como consultoría profesional

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

## ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

## REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la  
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

## ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE

### ACTA DE INICIO

#### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 406 de 2026

**CONTRATISTA:** SANTAFE CASTELLANOS NUBIA ESPERANZA

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO JURIDICO AL AREA DE GESTION POLICIVA NORMATIVA Y JURIDICA DE LA ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS A LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

**VALOR:** \$ 78.540.000,00

**PLAZO:** 11 mes(es)

El día 29 de ENE de 2026 se reunieron SANTAFE CASTELLANOS NUBIA ESPERANZA, mayor de edad, con C.C. No 52484426, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 406 de 2026, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,

**SANTAFE CASTELLANOS NUBIA ESPERANZA**

C.C. No 52484426

Por la ALCALDÍA DE RAFAEL URIBE,

**DIANA CAROLINA SANCHEZ CASTILLO**

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

# Certificación Bancaria

Lunes, 05 de enero de 2026

A quien pueda interesar.

Bancolombia S.A. se permite informar que NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS identificado(a) con CC 52484426, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	67957880824	2010-04-04	ACTIVO	

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

Bogotá, D. C. 02 de marzo de 2026

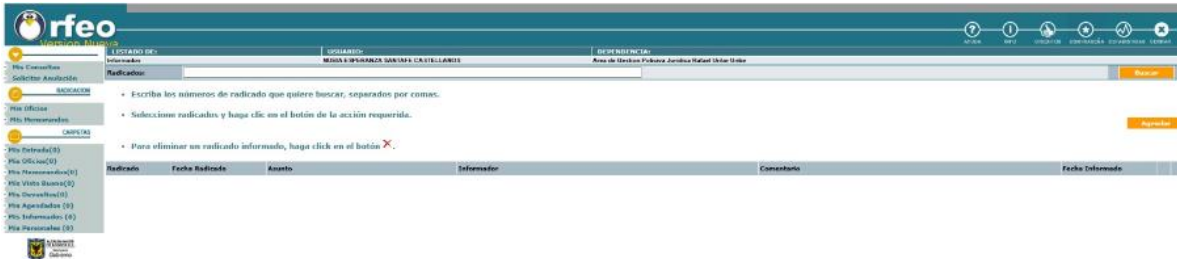
## CONSTANCIA

Yo, NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS habiendo suscrito contrato No 406 de 2026 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.

Así mismo, 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.
3. 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.
4. Que no quedó pendiente de trámite ninguna solicitud asignada a mí.

Por lo anterior, suscribo la presente.



NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS  
C.C No. 52484426 de Bogotá

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**

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

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 406-2026**

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 406-2026 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y NUBIA ESPERANZA SANTAFE CASTELLANOS identificado(a) con el número de documento 52484426 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe<sup>1-2</sup> presentado para el período comprendido entre el

29 de enero al 28 de febrero 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 \$ 7.616.000

En constancia se firma a los 02 DE MARZO DE 2026

Supervisor,



**DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO**  
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe