

## CUENTA DE COBRO No. 02

*Por adquisición de bienes y/o servicios a personas naturales no comerciantes o inscritas en el régimen simplificado*

Bogotá D.C., 02 de mayo de 2025

### **LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ NIT 899.999.061-9**

DEBE A:

DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL  
C.C. No. 1.020.795.504 de Bogotá

La suma de: **SEIS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE  
MONEDA LEGAL - (\$6.300.000)**

**Por concepto de:** PAGO DE HONORARIOS DEL 1 DE ABRIL DE 2025 AL 30 DE ABRIL DE 2025, POR EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 300-2025-CPS-P CUYO OBJETO ES: "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ".

### **CUENTA PARA CONSIGNACIÓN:**

**ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA**

**No. DE CUENTA: AHORROS**

**TIPO DE CUENTA: 30411498901**



DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL

CC. 1.020.795.504 de Bogotá.

Espacio para  
Logo Corporativo

DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL  
NIT 1.020.795.504-5  
calle 92 n. 16-30  
Tel: (601) 3156846604  
Bogotá - Colombia  
danielarubiano25@gmail.com



Factura electrónica de venta  
No. 147

Señores	ALCALDIA LOCAL DE SUMAPAZ		
NIT	899.999.061-9	Teléfono	(000) 0000000 - Ext. 000
Dirección	AVENIDA CALLE 6 N. 32 A 85	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/04/2025, 17:19
Expedición	25/04/2025, 17:19
Vencimiento	25/04/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	1.00	6,300,000.00

Total items: 1

Valor en Letras: Seis millones trescientos mil pesos m/cte

Forma de pago:  
Contado

Medio de pago:

Consignación bancaria - Consignación \$ 6,300,000.00

Total Bruto	5,294,117.65
IVA 19%	1,005,882.35
Total a Pagar	6,300,000.00

**Observaciones:** PAGO DE HONORARIOS DEL 01 DE ABRIL DE 2025 AL 30 DE ABRIL DE 2025, POR EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 300-2025-CPS-P CUYO OBJETO ES: “PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ”. POR FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 30411498901 A NOMBRE DE DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL

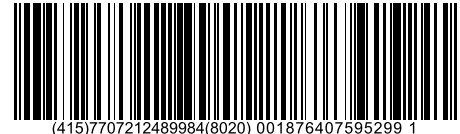
A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764075952991 aprobado en 20240729 prefijo desde el número 101 al 500 Vigencia: 24 Meses**  
- Actividad Económica 8299 Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p. Tarifa  
**CUFE:** 406c77b8eed9cb63420ce4e838a9dc4a64de7a92e669fd837559a15541e5603bc9c7c7764f141c0528f07d8d8d5411a

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18764075952991



(415)7707212489984(8020) 001876407595299 1

5. Número de Identificación Tributaria - NIT 1 0 2 0 7 9 5 5 0 4	6. DV 5	7. Primer apellido RUBIANO	8. Segundo apellido VIDAL	9. Primer nombre DANIELA	10. Otros nombres ALEJANDRA
11. Razón social					
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá					Cód. 3 2
24. Dirección CL 106 16 56 AP 401					
25. País Colombia		26. Departamento Bogotá D.C.		27. Municipio Bogotá, D.C.	

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 0042 del 05/05/2020, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el trámite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T.

Firma del funcionario autorizado

Firma del solicitante



1001. Apellidos y nombres RUBIANO VIDAL DANIELA ALEJANDRA  
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía  
1003. No. Identificación 1 0 2 0 7 9 5 5 0 4 1004. DV 5  
1005. Cod. Representación  
1006. Organización RUBIANO VIDAL DANIELA ALEJANDRA

984. Apellidos y nombres  
985. Cargo  
989. Dependencia SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI  
990. Lugar administrativo  
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION  
992. Área  
993. Establecimiento

997. Fecha formalización

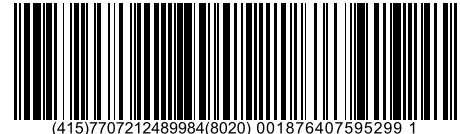
2 0 2 4 - 0 7 - 2 9 / 0 9 : 5 5 : 4 4

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18764075952991



(415)7707212489984(8020) 001876407595299 1

5. Número de Identificación Tributaria - NIT 1 0 2 0 7 9 5 5 0 4	6. DV 5	7. Primer apellido RUBIANO	8. Segundo apellido VIDAL	9. Primer nombre DANIELA	10. Otros nombres ALEJANDRA
---	------------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

11. Razón social

**Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar**

29. Establecimiento RUBIANO VIDAL DANIELA ALEJANDRA CL 106 16 56 AP 401						
1	30. Modalidad FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	Cód. 4	31. Prefijo	32. Desde el número 101	33. Hasta el número 500	34. Tipo solicitud AUTORIZACIÓN
2	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
3	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
4	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
5	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
6	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
7	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
8	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
9	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
10	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud
11	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	34. Tipo solicitud



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 2	
PERÍODO: DEL 1 DE ABRIL DE 2025 AL 30 ABRIL DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	«PRESTACIÓN DE SERVICIOS»
No. CONTRATO Y FECHA	«300-2025-CPS-P (131054) DE 4 DE MARZO DE 2025»
NOMBRE DEL CONTRATISTA	«DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL»
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	«C.C. 1.020.795.504 de BOGOTÁ
PLAZO DE EJECUCIÓN	«SEIS (6) MESES»
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	«\$37.800.000»
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	«\$6.300.000»
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	«O230117459920242324»
FECHA ACTA DE INICIO	«11 de MARZO de 2025»
PRÓRROGA <sup>1</sup>	« N/A »
ADICIÓN	« N/A »
SUSPENSIÓN	« N/A »
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	«10 de SEPTIEMBRE DE 2025»
OBJETO DEL CONTRATO	“PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ”

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Realizar la consolidación de informes y los seguimientos adquiridos desde el equipo local de salud, en el marco de la garantía de las acciones en salud a la población de la localidad de Sumapaz	1.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.	N/A
2. Identificar las necesidades, problemáticas o requerimientos en salud, de personas en vulnerabilidad, familia, colectivos para la incorporación de los lineamientos de transversalización del enfoque diferencial en los planes, programas, y demás instrumentos de la política pública en salud y promoción social de la salud en la localidad de Sumapaz.	2.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, se identificó las necesidades y problemáticas en las reuniones de:  08.04.2025 Reunión con el Alcalde Local . 14.04.2025 Reunión con el Alcalde Local y el grupo de salud.	2.1 Anexo obligación 2
3. Fomentar y desarrollar jornadas de acompañamiento psicosocial con énfasis en salud mental a los participantes de los programas complementarios en salud ofertados por la Alcaldía Local.	3.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, no se requirió el desarrollo de esta actividad.	N/A
4. Apoyar la formulación y ejecución de las acciones que se desarrollen en el marco de la implementación de la estrategia distrital de salud Mas Bienestar.	4.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, se apoyó en el análisis del contrato de suministros.  23.04.2025 Reunión Análisis contrato de suministro.	4.1 Anexo obligación 4
5. Brindar apoyo en la elaboración de informes, respuestas a derechos de petición y demás requerimientos, solicitados por los órganos de control, entidades y comunidad en general, de conformidad con la normatividad vigente y dentro de los plazos y términos establecidos por la ley, con relación al sector salud.	5.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, se brindó apoyo en la elaboración de respuestas a derechos de petición y entes de control relacionadas a continuación:  Respuesta FUNVIVE SOLICITUD CONTADOR Respuesta CONTRALORIA BOGOTÁ Respuesta MEMORANDO TRASLADO DP	5.1 Anexo obligación 5

6. Asistir, a las reuniones, comités y capacitaciones, entre otros, representar a la administración en los espacios del sector y hacer parte de los comités que le sean designados.	6.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, se asistió a todas las reuniones convocadas por el supervisor.  02.04.2025 Reunión Grupo de trabajo salud 04.04.2025 Reunión Secretaria de salud 14.04.2025 Reunión Con el Alcalde y Grupo de salud	6.1 Anexo obligación 6
7. Las demás que demande la administración local que corresponda a la naturaleza del contrato y que sean necesarias para la consecución del fin del objeto contractual	7.1 Durante el periodo comprendido del 1 al 31 de abril de 2025, se proyectó el plan de trabajo solicitado por el supervisor.	7.1 Anexo obligación 7

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

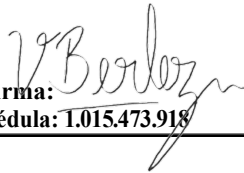
<b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</b> Sanitas EPS	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDESE APORTA PAGO DE ARL</b> Positiva Seguros	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</b> Colfondos
-------------------------------------	---	---	---

FIRMAS	
<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.	<div style="text-align: center; background-color: #d9e1f2; padding: 2px;"><b>CONTRATISTA</b></div> <div style="padding: 5px;"> <b>Firma:</b>    <b>Nombre: Daniela Alejandra Rubiano Vidal</b>  <b>Cédula: 1.020.795.504</b> </div>
<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.	<div style="text-align: center; background-color: #d9e1f2; padding: 2px;"><b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b></div> <div style="padding: 5px;"> <b>Nombre: Diego Ramiro García Bejarano</b>  <b>Cargo: Alcalde Local de Sumapaz</b>     <b>Firma:</b>  <b>Cédula: 79804578</b> </div>





ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTA D.C.  
Secretaría de Gobierno

	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)
Se aclara que las actividades ejecutadas durante este periodo de actividades, no se realizaron bajo mi supervisión inmediata. El apoyo a la supervisión estuvo a cargo de la profesional Liliana Garzón Herrera.	<b>Nombre:</b> Madeline Vanessa Bermúdez Pulido <b>Cargo:</b> Apoyo a la Supervisión  <b>Firma:</b>  <b>Cédula:</b> 1.015.473.918



## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por la contratista DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL, sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

Periodo comprendido por el 1 de abril de 2025 al 30 de abril de 2025.

Contrato:	No. 300-2025-CPS-P
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS
Contratista:	Daniela Alejandra Rubiano Vidal
Cédula o NIT	No. 1.020.795.504
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO PSICOSOCIAL AL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL PARA GENERAR ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.
Beneficiario:	1.020.795.504.
Plazo del contrato:	Seis (6) MESES
Fecha iniciación:	11 de marzo de 2025
Fecha de terminación:	10 de septiembre de 2025
Valor inicial pactado:	\$37.800.000
Valor Total	\$37.800.000
Valor a pagar:	\$6.300.000 (No. de pago: 2)
Numero de PIN:	(85944952)
Periodo cotizado:	Abril 2025

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma el dos (2) días del mes de mayo de dos mil veinticinco (2025). Interventor o Supervisor,

**DIEGO RAMIRO GARCÍA BEJARANO**  
C.C. NO. 79.804.578 de Bogotá Supervisor

**MADELINE VANESSA BERMÚDEZ PULIDO**  
C.C. NO. 1.015.473.918 de Bogotá  
Apoyo a la supervisión

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020795504	DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL		calle 92 n 16 30	3156846604	danielarubiano25@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-04	2025-04	I	22/04/2025	85944952	\$2.817.800	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.173.200	0		0		0	0	0	1.173.200	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
231001	Colfondos	800227940-6	1.501.600	0	0	47.000	47.000	0	0		1.595.600	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	49.000				49.000	0	0	49.000			490	49.000	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	1.173.200	1.173.200
Pensión	1	1.595.600	1.595.600
Riesgos Laborales	1	49.000	49.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	3	2.817.800	2.817.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020795504	DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL		calle 92 n 16 30	3156846604	danielarubiano25@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	22/04/2025	85944952	10
					TOTAL A PAGAR
					\$2.817.800

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	SLN	IDE	MA	MA	VAC	VCT	VP	RL	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 de	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1020795504	RUBIANO VIDAL DANIELA ALEJANDRA	59	0		N																		231001	9.384.921	1.501.600	0	0	47.000	47.000	EPS005	9.384.921	1.173.200	14-23	9.384.921	1	49.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Número de Contrato 300 de 2025

Yo, DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.020.795.504 expedida en la ciudad de BOGOTÁ.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2024	X	
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.		X

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO 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

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿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 dos (2) días del mes de mayo del 2025.

*Daniela RV.*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL


C.C: 1.020.795.504

Dirección de correspondencia: Calle 92 #16-30 apto 804

Teléfono de contacto: 3156846640

Correo electrónico institucional: No cuento con correo institucional

Correo electrónico personal: danielarubiano25@gmail.com

**rfeo**  
Version Nueva

AYUDAINFOCREDITOSCONTRASEÑAESTADÍSTICASCERRAR

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL	Area de Gestion de Desarrollo Local Antonio Narino
Radicados:	<input type="text"/>	

Buscar

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación
- RADICACION
- Mis Oficios
- Mis Memorandos
- CARPETAS
- Mis Entrada(0)
- Mis Oficios(0)
- Mis Memorandos(0)
- Mis Visto Bueno(0)
- Mis Devueltos(0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

**NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.**



# Certificado Bancario

Jueves, 24 de abril de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DANIELA ALEJANDRA RUBIANO VIDAL identificado(a) con CC 1020795504, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	30411498901	2013/08/08	ACTIVA

**\*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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



