

FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

FONDO DE DESARROLLO LOCAL RAFAEL URIBE URIBE

ART 383

CONTRATO No.	Prestación de Servicios	358-2026	FECHA:	5/05/2026	
CONTRATISTA:	VICKY JOHANA QUIRA		NIT. o C.C.	52.961.670	
PERIODO:	Del	1/04/2026	Al	30/04/2026	
PAGO No.	3	Documento No.	Cuenta cobro	3	
Responsable IVA	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>	Dependientes	<input type="checkbox"/>
				Declarante de renta	<input type="checkbox"/>

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	51118001	5111809000			4.300.000
Retefuente Honorarios			-	0,00%	0
Retefuente Servicios			-	0,00%	0
Retefuente Rentas de Trabajo	24361502	2436150201	3.225.000	0,00%	0
Retefuente Compras					
Retefuente C.O.P					
Reteiva	243627		-	0,00%	0
Reteica	243627	2436270100	4.300.000	0,966%	41.538
Contribución Especial					
Amortización Anticipos					
Otros Ajustes de Reten.					0
TOTAL DESCUENTOS					41.538
NETO A PAGAR	240101	2401010100			4.258.462



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

Elaboró: Leidy Diaz - Contratista FDLRUU

PLANILLA MES DEL INGRESO **MARZO**

Aprobó:

Objeto del Contrato:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSION QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

Rubro Presupuesta: **O23011745992024277501000**

OBSERVACIONES:

Se liquida según Certificado de Cumplimiento suscrito por el Supervisor y Supervisor de apoyo, autorización expresa del Ordenador del Gasto (Alcalde Local) y cuenta radicada en el aplicativo Orfeo, remitida por el Profesional Especializado 222-24 de área de Gestión Administrativa y Financiera.

Base para pago de salud, pensión y ARL	1.720.000
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	215.000
Aporte obligatorio para pensión - 16% (+) FSP	275.200
Aporte obligatorio ARL	8.978
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	499.178

Bogotá D.C 4 de Mayo de 2026

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.3 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 358 -2026 por un valor de \$ 4.300.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2026 al 30 de abril 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.73521000 correspondiente al mes de marzo 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.

Agradezco su amable atención y colaboración.



Vicky Johana Quira Hernández

CC N° 52961670

Dirección de residencia: Cr 5 C bis # 48 H 56

Celular personal: 3112254658

Bogotá D.C 4 de Mayo de 2026

Cuenta de Cobro No 3
EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:

VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ
C.C. 52961670 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE: 4.300.000

SON: Cuatro Millones trescientos mil pesos M/Cte

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 358 del 2026 durante el periodo comprendido entre el **1 de abril al 30 de abril de 2026.**

Código actividad económica principal RUT: 8299

No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA

CERTIFICO QUE: Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe, así:

Mes de aporte: Marzo

Numero de planilla: 73521000

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	\$ 9.200
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	\$ 218.900
AFP(AportesPensionesObligatorias)	PORVENIR	\$ 280.200

Favor Consignar a: CUENTA DE AHORROS No 009700167969 del Banco DAVIVIENDA

Atentamente



Vicky Johana Quira Hernández

CC N° 52961670

Dirección de residencia: Cr 5 C bis # 48 H 56

Celular personal: 3112254658

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 3 PERÍODO: 1 de abril de 2026 AL 30 de abril de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	<u>CPS</u>
NO. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	358-17 DE FEBRERO DE 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	<u>N/A</u>
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	<u>N/A</u>
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	52.961.670
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 25.800.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 4.300.000
FECHA ACTA DE INICIO	11 de febrero de 2026
PRÓRROGA ¹	<u>N/A</u>
ADICIÓN	<u>N/A</u>
SUSPENSIÓN	<u>N/A</u>
CESIÓN	<u>N/A</u>
DISMINUCIÓN DE PLAZO	<u>N/A</u>
REDUCCIÓN DE VALOR	<u>N/A</u>
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 25.800.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	6 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	10 de agosto 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO PARA APOYAR LA FORMULACION, EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN QUE FORMAN PARTE DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE.

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1	
Apoyar en la elaboración de diagnósticos, presentaciones, documentos técnicos, análisis del sector, estudios de mercado, herramientas de seguimiento y ejecución y todos los demás que hagan parte de la formulación y ejecución de los proyectos de inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1 En el mes de abril se realizan llamadas a beneficiarios Jovenes a la E vigencia 2021-2022 Hora: 8:00 am a 4:00 pm	Actividad 1 Como medio de verificación se cuenta con el acta que sustenta la actividad.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2	
Apoyar en la elaboración de actas de reuniones, comunicaciones, registro de información en los aplicativos y/o herramientas del nivel central, Alcaldía Local, respuestas a requerimientos; así como herramientas que se requieran para la formulación y ejecución de los proyectos de inversión y demás documentos requeridos por el supervisor (a) del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1 Se realiza acta de mesa de co-creacion `Parques seguros Zarazota` 47876 10 de abril de 2026 Teams virtual.	Actividad 1 Como medio de verificacion se cuenta con el acta que sustenta la actividad.
Actividad 2 Se realiza acta de mesa de co-creacion Iniciativa 50740 10 de abril de 2026 Planeacion-participacion.	Actividad 2 Como medio de verificacion se cuenta con el acta que sustenta la actividad.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3	
Apoyar y mantener actualizadas las carpetas físicas y expedientes magnéticos con la información de los contratos, proyectos de inversión que le sean designados por el supervisor (a) del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL



INFORME DE ACTIVIDADES

Actividad 3 Se realiza acta de mesa de co-creacion Iniciativa
Victimas 16 de abril de 2026 Planeacion-participacion.

Actividad 3 Como medio de verificacion se cuenta con el acta que sustenta la
actividad.

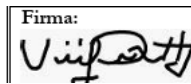
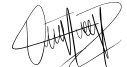

INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4	
Apoyar y/o asistir a las actividades, reuniones presenciales y/o virtuales, capacitaciones entre otros que se generen en el marco de los Proyectos de Inversión del Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Actividad 1 Realizo la Organizacion del Cps 332-2022 21 de Abril de 2026 8:00 am a 3:00 pm Planeacion	Actividad 1 Como medios de verificación se cuenta con acta que sustenta la actividad..
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5	
Presentar el informe mensual de actividades con las evidencias que soportan la ejecución de las obligaciones específicas del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES

Actividad 1 Se realiza el curso de Seguridad De La Infomracion Y Ciberseguridad. 14 de abril de 2026 Planeacion	Actividad 1 Como medio de verificación se cuenta con el certificado de aprobación que sustenta la actividad.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6	
Las demás que sean asignadas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL.	NOMBRE DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES.	NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES
	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR
FIRMAS			
<p>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p>		<p align="center">CONTRATISTA</p>	
		<p>Firma: </p> <p>Nombre: VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ Cédula: 52.961.670</p>	
<p>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.</p>		<p align="center">APOYO A LA SUPERVISION</p>	
		<p>Nombre: OSCAR IVAN RODRIGUEZ ALBARRACIN Cargo</p>	
		<p>Firma: </p>	
		<p align="center">APOYO A LA SUPERVISIÓN</p>	
		<p>Nombre: DIANA CAROLINA SÁNCHEZCASTILLO Cargo: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE.</p>	
		<p>Firma: </p>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52961670	VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ		CARRERA 5 C BIS # 48 H 56 SUR	6019476222	VICK.JO20@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73521000	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$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
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	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
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52961670	VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ		CARRERA 5 C BIS # 48 H 56 SUR	6019476222	VICK.JO20@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73521000	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cobranza	Sueldo	Extranjero	Cobem. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	LMA	VAC	APP	VCV	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 52961670	QUIRA HERNANDEZ VICKY JOHANA			59	0		N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Vicky Johana Quira Hernández !

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 508.300

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: [MiPlanilla.com](https://www.miplanilla.com) Pago Proteccion Social






Fecha de la transacción: 13/04/2026

CUS: [220604349](https://www.miplanilla.com)

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

-  En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
-  Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de 

 ACH Colombia Oficial

 @ACHColombia_

 ACHColombiaOficial

 ACH Colombia Oficial



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 358 de 2026

Yo, **Vicky Johana Quira Hernández** identificado con cedula de ciudadanía No 52.961.670 expedido 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 <u>2025</u>		X
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	X	

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

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

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el 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 4 días del mes mayo de 2026

Vicky Johana Quira Hernández

CC N° 52.961.670 de bta

Dirección de residencia: Cr 5 C bis # 48 H 56

Celular personal: 3112254658

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 N° 358 de 17/febrero/2026, que suscribí con la ALCALDIA 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).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

4

MES

mayo

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ

CÉDULA N°

52961670

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

planeacion

TELÉFONO

3112254658

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
JULIAN DAVID TELLEZ QUIRA	hijo	14	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 ó 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 VERDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES



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 allegado nuevamente

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50388719

NÚIP 1016720784



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 17 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código 1017

Datos de la oficina de registro - País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido TELLEZ Segundo Apellido QUIRA
Nombre(s) JULIAN DAVID

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes Feb Día 20 Sexo (en letras) MASCULINO --- Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos ESCRITURA PUBLICA 2970 DE 18-09-2010

Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos QUIRA HERNANDEZ VICKY JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número) C.C. 52961670 DE BOGOTÁ

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos TELLEZ GOMEZ JOHN FREDDY

Documento de Identificación (Clase y número) C.C. 79842054 DE BOGOTÁ

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos TELLEZ GOMEZ JOHN FREDDY

Documento de Identificación (Clase y número) C.C. 79842054 DE BOGOTÁ

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 2010 Mes Oct Día 11

Nombre y firma que autoriza EDUARDO GONZALEZ MONTOYA

Nombre y firma

- 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 18G de 2020**

Yo, Vicky Johana Quira Hernández identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52.961.670, me permito informar que actualmente, **SI** **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/AAA A)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAA A)
1						
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el 4 de Mayo de 2026.



Firma

Vicky Johana Quira Hernández

CC N° 52961670

Dirección de residencia: Cr 5 C bis # 48 H 56

Celular personal: 3112254658

Bogotá, D. C. 4 de mayo de 2026

CONSTANCIA

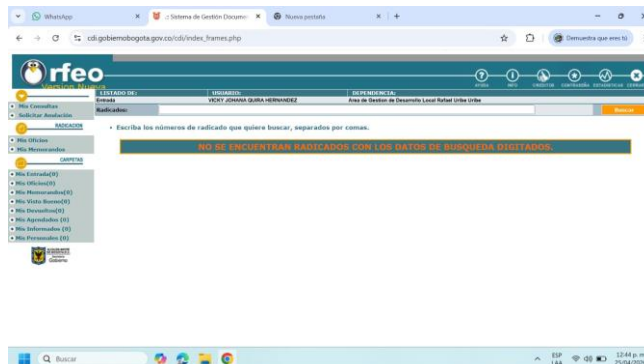
Yo , VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ habiendo suscrito contrato No. **358** de **2026** con el Fondo de Desarrollo Local Rafael Uribe Uribe, manifiesto haber cumplido a cabalidad con los asuntos que me fueron encargados con ocasión a las obligaciones contractuales.

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.
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.

REGISTRAR AQUÍ LA EVIDENCIA (PANTALLAZO DE ORFEO).



VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ
C.C. No 52.961.670de Bogotá



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**1 [Información general](#)

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#) Porcentaje Recepción de artículos5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No7 **Ejecución del Contrato**8 [Modificaciones del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	Pago 1	2/03/2026 3:18:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2/03/2026 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.866.667 COP	Aceptada	Detalle
Pago 002	Pago 2	15 días de tiempo transcurrido (6/04/2026 4:37:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.300.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL VICKY QUIRA.pdf	ARL VICKY QUIRA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CRP 1058 VICKY JOHANA QUIRA.pdf	CRP 1058 VICKY JOHANA QUIRA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO 358-2026 firmada contratista (1).pdf	ACTA DE INICIO 358-2026 firmada contratista (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



La Secretaría Distrital de Gobierno

y la Dirección de Tecnología e Información

CERTIFICAN A:

Vicky Johana Quira Hernandez

Que realizó el curso de:

Seguridad de la Información y Ciberseguridad



Código de verificación: PTZQmJhMVm Expedido en Bogotá D.C. abril 14, 2026

BOGOTÁ

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 358-2026

Yo **DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO** en calidad de supervisor(a) del contrato No. 358-2026 suscrito entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE** y VICKY JOHANA QUIRA HERNANDEZ identificado(a) con el número de documento 52.961.670 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe presentado para el período comprendido entre el **1 de abril al 30 de abril 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 \$ 4.300.000.

En constancia se firma a los 4 días del mes de Mayo de 2026

Apoyo a la supervisión,



OSCAR IVAN RODRIGUEZ ALBARRACIN
Apoyo a la Supervisión

Supervisor,



DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe