PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Bogotà 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. 5 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No 068-2026 por un valor de $ 6.100.000 junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2026 al 31 de mayo 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. 9504964647 correspondiente al mes de MAYO para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,



JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
7717920
juanpagutifi@hotmail.com

Bogotà D.C 1 de junio de 2026

CUENTA DE COBRO N° 5

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

DEBE A:
JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
7717920

LA SUMA DE: $ 6.100.000

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No 068-2026 durante el periodo comprendido entre:

1 de mayo de 2026 al 31 de mayo de 2026

Código actividad económica principal RUT: **6910**
No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA

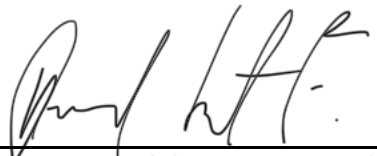
CERTIFICO QUE: Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes 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: MAYO **Numero de planilla:** 9504964647

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL(Riesgos Laborales)	POSITIVA	12.700
EPS(Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	305.000
AFP(Aportes Pensiones Obligatorias	PROTECCION	390.400

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 488405977486 DEL BANCO DAVIVIENDA

Atentamente,



JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
7717920
Calle 191A No 11A - 91 Casa 22
3162448598
juanpagutifi@hotmail.com

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 5	
PERIODO:	**1 de mayo de 2026 AL 31 de mayo de 2026**
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CPS
No. CONTRATO Y FECHA	068-2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	7717920
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	11 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 67.100.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 6.100.000
FECHA ACTA DE INICIO	19 de enero de 2026
PRÓRROGA[1]	MESES
ADICIÓN	$ -
SUSPENSIÓN	0
CESION	NO APLICA
DISMINUCION DE PLAZO	NO APLICA
REDUCCION DE VALOR	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 67.100.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	11 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	18 de diciembre de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN CONTRATACTUAL EN SUS DIFERENTES ETAPAS AL ÁREA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LA ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACION ESPECIFICA No 1

Realizar la formulación del componente jurídico de los Estudios Previos y demás documentos necesarios para adelantar los procesos de contratación de la Entidad, asistiendo y adelantando las fases precontractuales, contractuales y post contractuales en los procesos que le sean asignados.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA
•Se reviso poliza, CPS-081-2026 CPS-AG (147752) JAIR ALBERTO ARAGON. •Se reviso poliza, CPS-562-2025 NELSON ROMERO.	La evidencia se encuentra enviada por medio de la Plataforma SECOP II y correo Institucional

OBLIGACION ESPECIFICA No 2

Elaborar y tramitar en SECOP las modificaciones contractuales como prórrogas, adiciones, aclaraciones, actas de suspensión y reinicio y demás, asociadas a los procesos contractuales del Fondo de desarrollo local que le sean asignados.

Durante este periodo se realizaron las siguientes actividades: •Se realizo REACTIVACION de la CPS-562-2025 CPS-AG (145967). •Se realizo adicion y prorroga de la CPS-562-2025 CPS-AG (145967).	La evidencia se encuentra enviada por medio de la Plataforma SECOP II.

OBLIGACION ESPECIFICA No 3

Registrar y actualizar de manera oportuna en la plataforma del Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP), los respectivos procesos de selección que le sean asignados y/o trámites en cada una de las plataformas que se encuentren a su cargo.

Durante este periodo se realizaron las siguientes actividades: •Se reviso poliza, CPS-081-2026 CPS-AG (147752) JAIR ALBERTO ARAGON. •Se reviso poliza, CPS-562-2025 NELSON ROMERO.	La evidencia se encuentra enviada por medio de la Plataforma SECOP II.

OBLIGACION ESPECIFICA No 4

Asistir a reuniones, comités de contratación, capacitaciones y apoyar activamente a cada una de las actividades institucionales y demás compromisos que le sean asignados por la supervisión y/o apoyo a la supervisión de manera virtual o presencial.

1. Se asistio atencion presencial el 14 y 26 de mayo de 2026.	Cronograma mayo

OBLIGACION ESPECIFICA No 5

Reportar dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes y documentar el reporte de las novedades de los contratos (minutas, prórrogas, adiciones, suspensiones, reiniciaciones, liquidación, etc.) u procesos que le sean asignados para la presentación oportuna de la cuenta SIVICOF. Deberá documentar el cumplimiento de esta obligación en cada cuenta de cobro

Se envio correo electronico con reporte de SIVICOF el 21 de mayo de 2026 (ANA CONSUELO TRIVIÑO).	Correo institucional.

OBLIGACION ESPECIFICA No 6

Verificar permanentemente el sistema ORFEO, correo o correspondencia física y dar respuesta oportuna los requerimientos, PQRS y/o derechos de petición que efectúen los diferentes entes de control, (Procuraduría, Veeduría, Contraloría, Personería, entre otros), corporaciones públicas y/o la comunidad en general, que le sean asignados por el apoyo a la supervisión del contrato y/o el Alcalde Local, así como, suministrar la información para la consolidación de aquellos que se requieran

INFORME DE ACTIVIDADES	
Se dio respuesta del radicado No. 20261690171913 de fecha 19 de mayo de 2026.	orfeo y correo institucional.

OBLIGACION ESPECIFICA No 7

Revisar y dar viabilidad a liquidaciones, emitir certificaciones, resolver consultas y emitir los conceptos jurídicos en materia contractual, que le sean solicitados.

Durante este periodo se realizaron las siguientes actividades: •Se adelanto revision de la CPS-129-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-132-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-133-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-137-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-138-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-140-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-141-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-142-2025, con el fin de realizar cierre del contrato. •Se adelanto revision de la CPS-143-2025, con el fin de realizar cierre del contrato.	Se puede verificar en la plataforma SECOP II y Correo institucional.

OBLIGACION ESPECIFICA No 8

Elaborar y presentar los informes, reportes, estadísticas y bases de datos requeridos que reflejen la gestión y actividades realizadas durante el periodo. Además, apoyar en la identificación de alertas tempranas y puntos de control en el marco de las obligaciones contractuales. Los informes y soportes deberán cargarse a SECOP según las indicaciones de la entidad

Se cumple esta actividad prestando y cargando mensualmente los informes de actividades en la plataforma SECOP II	**INFORME DE ACTIVIDADES** Se puede verificar en la plataforma SECOP II en el contrato 068-2026 numeral 7 ejecución contractual

OBLIGACION ESPECIFICA No 9

Organizar, mantener y entregar los expedientes contractuales físicos y digitales, siguiendo los lineamientos indicados para ello, la entrega se realizará de manera formal al responsable del archivo, de acuerdo a las etapas contractuales. Deberá documentar el cumplimiento esta obligación en cada cuenta de cobro

Para este periodo no se asignaron actividades para esta obligación	Para este periodo no se asignaron actividades para esta obligación

OBLIGACION ESPECIFICA No 10

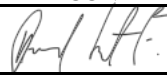
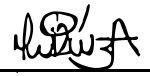
Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que sean asignadas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato.

Para este periodo no se asignaron actividades para esta obligación	Para este periodo no se asignaron actividades para esta obligación

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
	COMPENSAR	POSITIVA	PROTECCION

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: JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO** **CEDULA: 7717920**
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: LILIANA ANGELICA RAMIREZ ALVAREZ** **CARGO: Contratista CPS-025-2026**
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.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **FIRMA:**  **NOMBRE: DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO** **CARGO: ALCALDESA LOCAL RAFAEL URIBE URIBE**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7717920		GUTIERREZ FIERRO JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 191A #11A-91	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5289828	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	325174437	9504964647	I	2026/06/04	2026/05/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$708,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,440,000	$390,400			$2,440,000	$305,000			$0	$0			$2,440,000	$12,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,440,000	$390,400			$2,440,000	$305,000			$0	$0			$2,440,000	$12,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,440,000	$390,400			$2,440,000	$305,000			$0	$0			$2,440,000	$12,800		$0	$0
1	CC 7717920	GUTIERREZ JUAN	230201	30	$2,440,000	$390,400	EPS008	30	$2,440,000	$305,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,440,000	$12,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,440,000	$390,400			$2,440,000	$305,000			$0	$0			$2,440,000	$12,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7717920		GUTIERREZ FIERRO JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 191A #11A-91	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5289828	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	325174437	9504964647	I	2026/06/04	2026/05/21	BANCO DAVIVIENDA	0	$708,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$390,400	$0	$0	$390,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$390,400	$0	$0	$390,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,800	$0	$0	$12,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,800	$0	$0	$12,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$305,000	$0	$0	$305,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$305,000	$0	$0	$305,000
TOTAL				1	$708,200	$0	$0	$708,200

Outlook

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 325174437

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Jue 21/05/2026 6:05 AM
Para Juanpagutifi@hotmail.com <Juanpagutifi@hotmail.com>

¡Hola, Juan Pablo Gutiérrez Fierro!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 708.200,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9504964647

Fecha de la transacción: 21/05/2026

CUS: 325174437

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta 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.



"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número del Contrato 068 de 2026

Yo, JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO Identificado con cedula de ciudadania No 7717920 expedido en la ciudad de NEIVA

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

BOGOTÁ | 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 lo 1 de junio de 2026

JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
7.717.920 de NEIVA
Calle 191A No 11A - 91 Casa 22
3162448598
juanpagutifi@hotmail.com

BOGOTÁ | 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 068-2026 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	1	MES	6	AÑO	2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO	7717920	CONTRATACION	3162448598

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
JUAN JOSE GUTIERREZ GUERRERO	HIJO	13 AÑOS	0
SANTIAGO GUTIERREZ GUERRERO	HIJO	8 AÑOS	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. [X]

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 fisicos ó psicológicos [ ]

Requisitos:
* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protecciór 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 fisicos 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 fisicos 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 fisicos 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 ó dependencia donde labora

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

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

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

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

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

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

Bogotá D. C.,

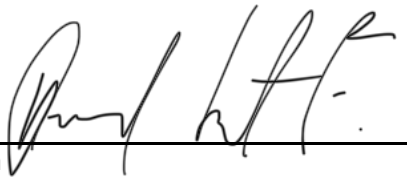
Señores:
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

ASUNTO: **Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.**
Articulo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO identificado(a) con cédula de ciudadanía número 7717920 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 1 de junio de 2026



Firma
JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
7717920
Calle 191A No 11A - 91 Casa 22
3162448598
juanpagutifi@hotmail.com

Bogotá, D. C. 01 de junio de 2026

CONSTANCIA

Yo, Juan Pablo Gutiérrez Fierro, habiendo suscrito contrato No. 068 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.



JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO
C.C. No. 7.717.920 de Neiva

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 068-2026

Yo DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO en calidad de supervisor(a) del contrato No. 068-2026 suscrito entre el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe Uribe y JUAN PABLO GUTIERREZ FIERRO identificado(a) con el número de documento 7717920 certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe 5 presentado para el período comprendido entre el

1 de mayo de 2026 **al** **31 de mayo 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
$ 6.100.000

En constancia se firma a los 1 de junio de 2026

Apoyo a la supervisión,

LILIANA ANGELICA RAMIREZ ALVAREZ
Apoyo a la supervisión

Supervisor,

DIANA CAROLINA SÁNCHEZ CASTILLO
Alcaldesa Local de Rafael Uribe Uribe