CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

SUBDIRECCION DE ASUNTOS ETNICOS

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1022 -- 2021

Yo, Indi Iaku Sigindioy Chindoy, del(la) SUBDIRECCION DE ASUNTOS ETNICOS, de la Secretaría Distrital de Gobierno, en calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios No. 1022 -- 2021, suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY, identificado(a) con el No.39656772, certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones del mencionado contrato de prestación de servicios, de acuerdo con el informe presentado del periodo comprendido del 01 agosto 2021 al 31 agosto 2021.

DISTRIBUCCION DEL PAGO

Proyecto	Fuente de Financiación	Valor Aporte
7787 Fortalecer la capacidad de la institucionalidad y de los actores sociales para establecer acciones conjuntas y sostenibles que prevengan la vulneración, garanticen, promuevan y protejan los Derechos Humanos.	RECURSOS DISTRITALES	$ 1.800.000
	Total del Pago	$ 1.800.000

Así mismo, 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.

Para constancia se firma la presente certificación, a los 06 día(s) del mes de septiembre de 2021

Indi Iaku Sigindioy Chindoy
Supervisor

Revisó:Diana Zarate

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría de Gobierno

INFORME DE ACTIVIDADES NO 2 PERÍODO: 1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DEL 2021	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO COMO SABEDORA
NO. CONTRATO Y FECHA	1022 DE 27 DE JULIO DEL 2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	39.656.772
PLAZO DE EJECUCIÓN	CINCO MESES DIEZ DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MDA. CTE. ($9.600.000)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS MDA. CTE. ($1'800.000)
NO. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	7787: FORTALECER LA CAPACIDAD DE LA INSTITUCIONALIDAD Y DE LOS ACTORES SOCIALES PARA ESTABLECER ACCIONES CONJUNTAS Y SOSTENIBLES QUE PREVENGAN LA VULNERACIÓN, GARANTICEN, PROMUEVAN Y PROTEJAN LOS DERECHOS HUMANOS.
FECHA ACTA DE INICIO	27 DE JULIO DEL 2021
PRÓRROGA	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE DICIEMBRE DEL 2021
OBJETO DEL CONTRATO	prestar servicios de apoyo como sabedora en la subdirección de asuntos étnicos, para la articulación y armonización propia desde la cosmovisión de la comunidad indígena muisca de bosa, para la implementación de las acciones correspondiente de la meta del plan de desarrollo plan de vida concertado en el proceso de consulta previa del plan parcial el edén el descanso.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
obligacion 1. acompañar los círculos de palabra, reuniones institucionales, encuentros comunitarios, en el marco del plan de vida, consulta previa y demás espacios que requiera en la subdirección de asuntos étnicos.	**actividad 1:** reunión del equipo plan de vida fecha: 3 de agosto hora: 6:00 pm lugar: plataforma teams descripción: acordar y orientar actividades con sabedores para avanzar en obligaciones con equipos de investigacion a contratar. **actividad 2:** reunión equipo plan de vida sabedores y equipos de investigacion a contratar fecha: 5 de agosto hora: 9:00 am lugar: presencial qusmuy cabildo indigena muisca bosa descripción: avanzar en actividades a desarrollar con profesionales de lineas de investigacion equipo plan de vida y sabedores **actividad 3:** reunión grupo de mayoras y equipo idrd fecha: 10 de agosto hora: 2:00pm lugar: cabildo indigena muisca bosa descripcion: acompañar y fortalecer actividades propias y juegos tradicionales en el acuerdo con idrd **actividad 4:** reunión equipo plan de vida y autoridades. fecha: 11 de agosto hora: 6:30 lugar: plataforma zoom descripción: revisión de la asignación presupuestal para las líneas de investigación en sdg.	1. acta de reunión del equipo plan de vida para avanzar en actividades de los equipos de investigacion a contratar 2. acta de reunion equipo plan de vida y profesionales de lineas de investigacion. 3. acta de reunion con grupo de mayoras para fortalecer los juegos tradicionales 4. acta de reunion equipo plan de vida y autoridades para abordar temas del pdd plan de vida.	1. acta y listado de asistencia (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº1 actividad nº1 ubicada en el onedrive de sdg). 2. acta y listado de asistencia (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº1 actividad nº2 ubicada en el onedrive de sdg). 3. acta y listado de asistencia (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº1 actividad nº3 ubicada en el onedrive de sdg). 4. acta y listado de asistencia (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº1 actividad nº4 ubicada en el onedrive de sdg). 5. acta y listado de asistencia (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº1 actividad nº5 ubicada en el onedrive de

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	actividad 5: reunión consejo de salud. fecha: 12 de agosto hora: 7:30 pm lugar: plataforma meet descripcion: acordar pocicion frente al acuerdo numero 36 de consulta previa con la sacretaria distrital de salud. **actividad 6:** reunión equipo plan de vida. fecha: 26 de agosto hora: 10:00am lugar: plataforma teams descripcion: reunion equipo plan de vida para revisar actividades pendientes	5. acta de reunion consejo de salud para acordar pocicion con la sds. 6. acta de reunion equipo plan de vida	sdg). 6. acta y listado de asistencia (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº1 actividad nº6 ubicada en el onedrive de sdg).
obligacion 2. realizar las armonizaciones, pagamentos, ceremonias y demás rituales en los procesos de investigación, plan de vida, consulta previa y demás escenarios que requierala subdirección de asuntos étnicos, además de orientar y dar consejo desde el pensamiento y la espiritualidad, para la armonización de los procesos a emprender.	**actividad 1:** pagamento de inicio al acuerdo 37 de consulta previa. fecha: 6 de agosto hora: 6:00 am lugar: piedras de chivo negro en bojaca cundinamarca descripción: pagamento y armonización al trabajo realizado desde el acuerdo 37 de consulta previa para poner en intención espiritual.	1. ficha de observacion del pagamento a las piedras de chivo negro para poner en intencion espiritual el trabajo realizado desde el equipo para la comunidad.	1. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual n.º 2; actividad nº1 ubicada en el onedrive de sdg)
obligacion 3. apoyar acciones de fomento que surjan del plan de vida, con el fin de visibilizar y proyectar el componente propio de la comunidad indígena muisca de bosa en las acciones adelantadas.	**actividad 1:** reunión consejo de salud fecha: 4 de agosto hora: 8:00 am lugar: plataforma meet descripción: apoyar acciones propias en salud para aporte a la ruta propia de atención. **actividad 2:** reunión consejo de gobierno.	1. ficha de observacion de apoyo y fortalecimiento para la ruta de atencion propia en salud. 2. ficha de observacion de la reunion para la visibilizacion de los componentes propios.	1. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº3 actividad nº1 ubicada en el onedrive de sdg) 2. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	fecha: 13 de agosto hora: 2:00pm lugar: Qusmuy del Cabildo Muisca de Bosa descripción: socialización y seguimiento a acuerdos de consulta previa por parte de los diferentes grupos consejos y autoridades. **actividad 3:** ritual de pagamento al acuerdo 37 de consulta previa. fecha: 6 de agosto hora: 6:00 am lugar: piedras de chivo negro en bojaca cundinamarca descripción: pagamento y armonización al trabajo realizado desde el acuerdo 37 de consulta previa para poner en intención espiritual.	3. ficha de observacion de apoyo al fortalecimiento de los acuerdos 36 y 37 de consulta previa	contractual nº3 actividad nº2 ubicada en el onedrive de sdg). 3. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº3 actividad nº3 ubicada en el onedrive de sdg).
obligacion 4. apoyar la sistematización y consolidación dela información obtenida de los procesos de recolección de información en la comunidad, así como en acciones de apoyo y acompañamiento a espacios o instancias comunitarias e institucionales.	**actividad 1:** sistematizar ficha de observación consejo de salud fecha: 4 de agosto hora: 8:00 am lugar: plataforma meet descripción: apoyar a la sistematización en acciones propias en salud para aporte a la ruta propia de atención. **actividad 2**: sistematizar ficha de observacion reunión equipo plan de vida sabedores y equipos de investigacion a contratar fecha: 5 de agosto. hora: 9:00 am lugar: Qusmuy del Cabildo Muisca de Bosa	1. ficha de observacion de apoyo sistematizada 2. ficha de observacion de la reunion sistematizada	1. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº4 actividad nº1 ubicada en el onedrive de sdg) 2. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº4 actividad nº2 ubicada en el onedrive de sdg).

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	descripción: apoyo a la sistematización para el avance en actividades a desarrollar con profesionales de líneas de investigación equipo plan de vida y sabedores **actividad3:** sistematizar ficha de observacion pagamento de inicio acuerdo 37 de salud fecha: 6 de agosto hora: 8:00 am lugar: plataforma meet descripción: apoyar en la sistematización de la ficha de observación y participación del pagamento acuerdo 37 de salud. **actividad 4:** sistematizar ficha de observacion consejo de gobierno. fecha: 13 de agosto hora: 2:00pm lugar: Qusmuy del Cabildo Muisca de Bosa descripción: apoyar en la sistematización para la socialización y seguimiento a acuerdos de consulta previa por parte de los diferentes grupos consejos y autoridades. **actividad 5:** sistematizacion ficha de observacion consejo de salud. fecha: 25 de agosto hora: 8:30 am lugar: Qusmuy del Cabildo Muisca de Bosa descripción: apoyo en la sistematización para la visibilización de acciones propias en salud para fortalecer el trabajo de los acuerdos 36 y 37 de consulta previa.	3. ficha de observacion sistematizada 4. ficha de observacion sistematizada 5. ficha de observacion sitematizada	3. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº4 actividad nº3 ubicada en el onedrive de sdg). 4. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº4 actividad nº4 ubicada en el onedrive de sdg). 5. ficha de observacion (ver carpeta de soportes, subcarpeta obligación contractual nº4 actividad nº5 ubicada en el onedrive de sdg).

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
obligacion 5. las demás que requiera la subdirección de asuntos étnicos.	Para este mes no se requirieron actividades en 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**
	FAMISANAR	**POSITIVA**	**COLPENSIONES**

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: MARIA NELSY CHIGUASUQUE NEUTA** **CÉDULA: 39656772**
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** **NOMBRE: INDI IAKU SIGINDIOY CHINDOY** **CARGO: SUBDIRECTOR DE ASUNTOS ETNICOS** **FIRMA:**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

ARTICULOS 330 Y 383 E.T

Yo, Maria Nelsy Chiguasuque Neuta, identificado con cédula de ciudadanía No 39.656.772 expedida en la ciudad de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) he contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta, por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos.

De acuerdo con los requisitos y topes establecidos por la DIAN, SI ( ) NO (X) soy declarante de renta por el año gravable 2020.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No 1022 del año 2021.

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

CONCEPTO	SI	NO
Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas		**X**
Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)*		**X**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		**X**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda del Empleado) valor pagado año: **2020** (*ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)*		**X**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2020** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)*		**X**
Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, de lo cual adjunte, en su momento el Formato y los soportes, que a la fecha no presenta novedad.		**X**

Se expide y firma dos (2) días del mes de septiembre de 2021.

Firma: Nelsy Chiguasuque.
Nombre: Maria Nelsy Chiguasuque Neuta
C.C: 39.656.772
Dirección laboral: Edificio Liévano, Calle 11 No. 8-17
Teléfono laboral: (571) 3820660 - 3387000
Correo electrónico institucional: maría.chiguasuque@gobiernobogota.gov.co
Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES - APLICACIÓN DEL ART 17 DEL DECRETO 189 DE 2020

Bogotá D. C.,

Señores:
SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

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

Yo, Maria Nelsy Chiguasuque Neuta, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 39.656.772, 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 dos (2) de septiembre de 2021.

Nelsy Chiguasuque.

Firma: _____
Nombre: Maria Nelsy Chiguasuque Neuta
C.C: 39.656.772
Dirección de Residencia: Carrera 80h bis b Numero 68-10 sur
Teléfono de contacto: 312 390 1010
Correo electrónico institucional: maría.chiguasuque@gobiernobogota.gov.co
Correo electrónico de notificación: furachugua@gmail.com

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 39656772		CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 80hb bis # 68 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4823113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	02870797	9423312864	I	2021/09/16	2021/08/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

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)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 39656772	CHIGUASUQUE MARIA	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$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 39656772		CHIGUASUQUE NEUTA MARIA NELSY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crr 80hb bis # 68 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4823113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	02870797	9423312864	I	2021/09/16	2021/08/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

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° **1022 de 27/07/2021**, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono 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 lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	2	MES	Septiembre	AÑO	2021

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Maria Nelsy Chiguasuque Neuta	39656772	Subdirección de Asuntos Étnicos	3387000 Ext:6249

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

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
INGRID MAYERLY SUSA CHIGUASUQUE	HIJA	25	0

Marque con una X 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 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Requisito:	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
X	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:	
*	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
	El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	
*	Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
*	Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
*	Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó 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 VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

Nelsy Chiguasuque.

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