Bogotá D.C., 31 de marzo del 2023

Doctor:
GERMÁN ALEXANDER ARANGUREN AMAYA
Director Jurídico
SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO
Ciudad

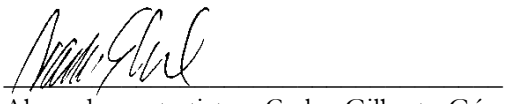
Asunto: Certificación actualización Sistema de Procesos Judiciales -SIPROJ WEB.

Cordial saludo,

Atendiendo a la Circular No.039 del 27 de julio del 2022 emitida por el Subsecretario Jurídico Distrital, cuyo asunto dice "*ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN REPORTADA EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE PROCESOS JUDICIALES"* y de conformidad con las obligaciones de mi contrato cuyo objeto consiste en representar judicial y extrajudicialmente a la Entidad, a las Juntas Administradoras Locales, las Alcaldías Locales, a los Fondos de Desarrollo Local y a las Inspecciones de Policía de Bogotá D.C., me permito CERTIFICAR que los procesos asignados fueron aceptados en el Sistema de Procesos Judiciales -SIPROJ WEB y las actuaciones adelantadas han sido debidamente registradas en el mismo, encontrándose actualmente actualizada y depurada la información de cada proceso judicial y extrajudicial, en cuanto a los estados, instancias, piezas procesales principales, entre otros.

Así mismo, CERTIFICO que la calificación de los procesos a mi cargo para el contingente judicial ha sido efectuada para los periodos que se ha requerido, encontrándose debidamente registrada la información a la fecha, como lo establece el artículo 32.4 de la Resolución 104 de 2018 según el cual *"(…) cada abogado que represente al ente distrital respectivo, realizará la calificación de sus procesos judiciales en SIPROJ-WEB, cuatro veces al año (…)",* en concordancia con la Ley 448 de 1998 *"Por medio de la cual se adoptan medidas en relación con el manejo de las obligaciones contingentes de las entidades estatales y se dictan otras disposiciones en materia de endeudamiento público"* y la Resolución SDH-000303 de 2007 "*Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 866 del 8 de septiembre de 2004, que adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión de las Obligaciones Contingentes en Bogotá D.C.".*

Sin otro particular,



Abogado contratista – Carlos Gilberto Gómez Cifuentes
Dirección Jurídica Secretaría Distrital de Gobierno

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° 285 de 23/01/2023, 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	31	MES	3	AÑO	2023

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
CARLOS GILBERTO GÓMEZ CIFUENTES	77014465	SECRETARÍA DE GOBIERNO	

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

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
	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

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77014465
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS GILBERTO GOMEZ CIFUENTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 32 13 32 TR 2	TELÉFONO:	3272950
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7871940055**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/28		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1940471530	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 530.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 530.000	$ 0	$ 530.000
SUBTOTALES:										**$ 530.000**	**$ 0**	**$ 530.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 414.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 414.000	$ 0	$ 0	$ 414.000
SUBTOTALES:													**$ 414.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 414.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 17.300	$ 17.300	$ 0	$ 0	$ 17.300
SUBTOTALES:									**$ 17.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 77014465	GOMEZ CIFUENTES CARLOS GILBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.312.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 3.312.000	$ 530.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 530.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.312.000	$ 414.000	$ 0	$ 414.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.312.000	77014465	$ 17.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 961.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77014465
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS GILBERTO GOMEZ CIFUENTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 32 13 32 TR 2	TELÉFONO:	3272950
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7871940373**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1996660376

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 530.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 530.000	$ 0	$ 530.000
SUBTOTALES:										**$ 530.000**	**$ 0**	**$ 530.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 414.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 414.000	$ 0	$ 0	$ 414.000
SUBTOTALES:													**$ 414.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 414.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 17.300	$ 17.300	$ 0	$ 0	$ 17.300
SUBTOTALES:									**$ 17.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 77014465	GOMEZ CIFUENTES CARLOS GILBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.312.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 3.312.000	$ 530.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 530.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.312.000	$ 414.000	$ 0	$ 414.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.312.000	77014465	$ 17.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 961.300**

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1000225384	CC	77014465	CARLOS GILBERTO GOMEZ

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaría	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO	527 2022 PAGO 13	3000083515	002	17-feb-23	17-feb-23	PAGADA	20-feb-23	5000228341	Transferencia Giradora	5.244.000	5.068.018	040284374 AHORROS Banco de Bogotá		
2	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO	285 2023 PAGO 1	3000083551	002	17-feb-23	17-feb-23	PAGADA	20-feb-23	5000228342	Transferencia Giradora	2.208.000	1.970.590	040284374 AHORROS Banco de Bogotá		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
3000083515	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	4.646.184	44.882
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	5.244.000	104.880
	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	5.244.000	26.220
	TOTAL DESCUENTOS			175.982
3000083551	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	4.892.688	164.074
	RETEICA 9.66 X MIL	0.9660	1.877.400	18.136
	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	2.208.000	11.040
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	2.208.000	44.160
	TOTAL DESCUENTOS			237.410

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
3000083515	5000406424	001	O232020200882120	1-100-F001	2023
3000083551	5000437471	001	O232020200882120	1-100-F001	2023

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

	01-mar-23 09:42:02
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

ID de Usuario=77014465 ID de Entidad=202000 ID de CambioVr=1986

Fecha de Impresión=Fri Mar 24 14:31:24 COT 2023