1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 611727

CONTRATO No. 15002112023 Del 10/04/2023 **SEDE O REGIONAL:** Boyacá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 10/04/2023 HASTA: 30/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **WILLIAM ALEXANDER BELTRAN RIOS**

No. Documento de identificación: **1,099,210,541** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **7876493952** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **1 / 8** Mes de Pago: **ABRIL** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**31,989,900.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**2,573,900.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**2,573,900.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**29,416,000.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 107923 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4102-1500-15-0-4102024-02	27	**2,573,900.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**145,000.00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**185,600.00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC, SEGURO PENSIÓN U OTROS (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**12,110.00**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Fecha Creación
5/3/2023 12:27:05 PM

Fecha Impresión:
5/3/2023 12:27:17 PM

Corrección: 0

Obligación Contractual	Producto
ASISTIR TÉCNICAMENTE A LOS AGENTES DEL SNBF PARA LA GESTIÓN DEL CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y EL APOYO FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS EN LOS MUNICIPIOS DE ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO ZONAL.	Evidencia que reposa en las actas en físico, correos electrónicos remitidos y cronograma de reuniones en Google Teems.
COORDINAR TÉCNICAMENTE LA OPERACIÓN DE LAS INSTANCIAS TERRITORIALES DEL SNBF ASIGNADAS POR NORMAS ACTOS ADMINISTRATIVOS AL ICBF, EN LOS MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO ZONAL EN ARTICULACIÓN CON EL REFERENTE REGIONAL.	Evidencia que reposa en el OneDrive, carpeta RPC con los documentos de asistencia a los territorios en el Proceso de Rendición Publica de Cuentas.
ASISTIR TÉCNICAMENTE LA FORMULACIÓN, AJUSTE Y/O IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y APOYO Y FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS.	Evidencia que reposa en las actas de asistencia de los Entes Territoriales acompañados.
MONITOREAR OPERACIÓN DE LAS INSTANCIAS TERRITORIALES DEL SNBF: CPS, MESAS DE PRIMERA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CHIQUINQUIRÁ COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y MESAS DE PARTICIPACIÓN.	Evidencia que reposa en correo institucional nombrado Informe cualitativo y cuantitativo Indicador PA-92 de igual manera se identificó el cumplimiento de la fase 1 del Proceso de Rendición Publica de Cuentas.
ELABORAR LOS INFORMES TRIMESTRALES DE MONITOREO Y ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO, ASÍ COMO EL CARGUE DE LAS RESPECTIVAS EVIDENCIAS EN LA RUTA ESTABLECIDA POR LA SUBDIRECCIÓN DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL	Evidencia que reposa en correo institucional nombrado Informe cualitativo y cuantitativo Indicador PA-92
PROYECTAR DE MANERA OPORTUNA RESPUESTAS EFICIENTES Y CON CALIDAD A LAS PETICIONES Y REQUERIMIENTOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y QUE SEAN ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR.	Evidencia que reposa en el correo electrónico, donde se remitió información requerida.
DESPLAZARSE A LOS MUNICIPIOS DE SU JURISDICCIÓN CUANDO SE HAGA NECESARIO EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO, Y PRESENTAR EL INFORME RESPECTIVO.	La evidencia reposa en la solicitud de desplazamiento realizada a través del correo electrónico.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 15002112023 DEL 2023.

Firma del Contratista:_____
C.C No.: 1,099,210,541

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de dos millones quinientos setenta y tres mil novecientos pesos m/cte.,($ 2,573,900.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
LILIA ESPERANZA SALINAS VILLAMIL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-17	CENTRO ZONAL CHIQUINQUIRÁ	

Revisó:_____

Chiquinquirá-Boyacá (02-mayo-2023)

Documento de Cobro n° 1

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2
DEBE A:
WILLIAM ALEXANDER BELTRAN RIOS
NIT. No. 1.099.210.541

La suma de ***DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS M/cte. ($2.573.900)****, por concepto de* ***(PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE ZONAL DEL SNBF EN EL CENTRO ZONAL CHIQUINQUIRÀ, EN EL MARCO DE LA OPERACION SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR (SNBF) Y EN ARTICULACION CON LAS ENTIDADES TERRITORIALES, INSTANCIAS Y AGENTES, CON EL FIN DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DEL MODO DE GESTION TERRITORIAL Y FORTALECER TERRITORIALMENTE LA OPERACION Y ARTICULACION DEL SNBF EN LOS MUNICIPIOS DE INFLUENCIA.)*** *del contrato* ***N° 15002112023*** *del año 2023.*

Consignar a la cuenta número 55519442182 del banco BANCOLOMBIA tipo de cuenta DE AHORROS

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
10/04/2023	*30/04/2023*

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA	***8299***

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	***SI/NO***
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria.*	*SI*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, ($53.205.600-2022)*	*NO*
4	• *He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($148.442.000-2023) ($133.014.000-2022) con el sector privado o 4.000 UVT ($169.648.000-2023) ($152.016.000-2022) con el Estado.*	*NO*
	• *Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($148.442.000-2023) ($133.014.000-2022) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT ($169.648.000-2023) ($152.016.000-2022).*	*NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0.0%*
6	****PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro****, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y artículo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (****Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*(SI)*
	**** PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).***	*(NO)*

Cordialmente,
William Alexander Beltran Rios.
C.C. 1.099.210.541
Dirección: Cr 8c # 5-26
Celular: 3163276073
Correo Electrónico: williambr1192@gmail.com
No responsable del Impuesto sobre las ventas

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

CONTRATO NO. *15002112023* GRUPO O CZ: CHIQUINQUIRÁ- BOYACÁ

PLAZO DE EJECUCION: *DESDE 10/04/2023 HASTA 30/12/2023*

NOMBRES Y APELLIDOS: WILLIAM ALEXANDER BELTRAN RIOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C 1.099.210.541 PERIODO: DEL 10 AL 30 DE ABRIL 2023.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR	PERIODO Y/O FECHA PROGRAMADO
ACTIVIDAD 1: ASISTIR TÉCNICAMENTE A LOS AGENTES DEL SNBF PARA LA GESTIÓN DEL CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y EL APOYO FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS EN LOS MUNICIPIOS DE ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO ZONAL.	Se asistirá a las capacitaciones agendadas por parte del SNBF y a su vez se realizará asistencia técnica a los agentes territoriales en gestión de Políticas Públicas de Infancia y Adolescencia, como apoyo al fortalecimiento de las familias en los municipios de influencia del Centro Zonal Chiquinquirá.	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023
ACTIVIDAD 2 : COORDINAR TÉCNICAMENTE LA OPERACIÓN DE LAS INSTANCIAS TERRITORIALES DEL SNBF ASIGNADAS POR NORMAS ACTOS ADMINISTRATIVOS AL ICBF, EN LOS MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO ZONAL EN ARTICULACIÓN CON EL REFERENTE REGIONAL.	Se coordinará con referente regional las estrategias y mecanismos que se adoptarán para acompañar la operación de las instancias territoriales de los agentes del SNBF en los municipios del área de influencia del Centro Zonal	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023
ACTIVIDAD 3: ASISTIR TÉCNICAMENTE LA FORMULACIÓN, AJUSTE Y/O IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y APOYO Y FORTALECIMIENTO A LAS FAMILIAS.	Se asistirá y acompañará técnicamente a las entidades territoriales en formulación, ajuste, seguimiento y evaluación de Políticas Públicas de Primera infancia, infancia, adolescencia y apoyo y fortalecimiento a las familias, a través de las diferentes instancias.	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023
ACTIVIDAD 4: MONITOREAR OPERACIÓN DE LAS INSTANCIAS TERRITORIALES DEL SNBF: CPS, MESAS DE PRIMERA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, CHIQUINQUIRÁ COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y	Se realizará monitoreo de la operación de las instancias territoriales del SNBF en los municipios del área de influencia del Centro Zonal	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023

MESAS DE PARTICIPACIÓN.		
ACTIVIDAD 5: ELABORAR LOS INFORMES TRIMESTRALES DE MONITOREO Y ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO, ASÍ COMO EL CARGUE DE LAS RESPECTIVAS EVIDENCIAS EN LA RUTA ESTABLECIDA POR LA SUBDIRECCIÓN DE ARTICULACIÓN TERRITORIAL	Se elaborarán los informes trimestrales de Monitoreo y Acompañamiento técnico, realizando el cargue de las respectivas evidencias en la ruta establecida por la dirección de Articulación Territorial.	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023
ACTIVIDAD 6: PROYECTAR DE MANERA OPORTUNA RESPUESTAS EFICIENTES Y CON CALIDAD A LAS PETICIONES Y REQUERIMIENTOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y QUE SEAN ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR.	Se proyectarán de manera oportuna respuestas eficientes y con calidad a las peticiones y requerimientos relacionados con el objeto contractual y que sean asignados por el supervisor	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023
ACTIVIDAD 7: DESPLAZARSE A LOS MUNICIPIOS DE SU JURISDICCIÓN CUANDO SE HAGA NECESARIO EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO, Y PRESENTAR EL INFORME RESPECTIVO.	Se realizará el desplazamiento a los municipios del área de influencia del Centro Zonal Chiquinquirá cuando se haga necesario con autorización previa del coordinador.	Periodo del 10 al 30 de Abril de 2023

LILIA ESPERANZA SALINAS VILLAMIL
Profesional especializado 2028-17
Coordinadora del centro zonal.

WILLIAM ALEXANDER BELTRAN RIOS
Contratista

Fecha de Concertación: 10/ 04 /2023.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1099210541
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			WILLIAM ALEXANDER BELTRAN BARRIOS
CIUDAD/MUNICIPIO	TUNJA	DEPARTAMENTO	BOYACA
DIRECCIÓN	CRA 8C # 5-26	TELÉFONO	7469904
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	7876493952			TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES abril AÑO 2023
DÍAS DE MORA	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2023/04/03			NUMERO AUTORIZACIÓN	2005308507

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 217.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 217.600	$ 0	$ 217.600
SUBTOTALES:										$ 217.600	$ 0	$ 217.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 170.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.000	$ 0	$ 0	$ 170.000
SUBTOTALES:													$ 170.000	$ 0	$ 0	$ 170.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO 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	$ 500	$ 7.099	$ 0	$ 0	$ 7.099
SUBTOTALES:									$ 7.099	$ 0	$ 0	$ 7.099

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP						PARAFISCALES							
																									FSP			APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1099210541	BELTRAN BARRIOS WILLIAM ALEXANDER	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.400.000				NO	38															230201-PROTECCION	1	$1.360.000	$ 217.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 6.200	EPS037-NUEVA EPS	1	$1.360.000	$ 170.000	$ 0	$ 170.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$1.360.000	1099210541	$ 7.099	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 394.699

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1099210541
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WILLIAM ALEXANDER BELTRAN BARRIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 8C # 5-26	TELÉFONO:	7460904
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7876493952**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2005306507

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 217.600
SUBTOTAL:			1	**$ 217.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 170.000
SUBTOTAL:			1	**$ 170.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.099
SUBTOTAL:			1	**$ 7.099**

TOTAL PAGADO:	**$ 394.699**

Chiquinquirá, Mayo 02 de 2023

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, William Alexander Beltran Ríos identificado(a) con C.C. Nº.1099210541, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2277 de 2022 "Reforma Tributaria para la Igualdad y la Justicia Social", y Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico"[1] y informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

   SI [X] NO [ ]

2. Que los ingresos por el Contrato N°.15002112023 del 10 de Abril de 2023, corresponde al concepto de:

   [X] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
   [ ] Cedula de Pensiones
   [ ] Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

   3.1 El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (Artículo 206 y 383 E.T, Parágrafo 2) (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%).*

   SI [X] NO [ ]

   3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18 y Ley 2277 de 2022 Artículo 9, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mi cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA

NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

[1] Ley 2155 de 2021 "Inversión Social" – no modifico la Base se Retención establecida en la Ley 2010 de 2019.

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
2. ***Rentas de Pensión:*** *NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
3. ***Rentas de Dividendos o participaciones:*** *corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

ANEXO:

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCP, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2023.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

Cordialmente,

William Alexander Beltran Rios
C.C. No 1.099.210.541
Teléfono No 3163276073
Email: williambr1192@gmail.com

[1] Ley 2155 de 2021 "Inversión Social" – no modifico la Base se Retención establecida en la Ley 2010 de 2019.

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14543426162

(415)7707212489984(8020) 000001454342616 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 9 2 1 0 5 4 1	5	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 9 2 1 0 5 4 1	2 0 1 1 0 1 1 7

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Barbosa 0 7 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BELTRAN	RIOS	WILLIAM	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 71 4 21

42. Correo electrónico alex.anbs@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 4 8 7 7 5 9 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 5 0 3 1 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado
Bancario

Miércoles, 29 de marzo de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WILLIAM ALEXANDER BELTRAN RIOS identificado(a) con CC 1099210541, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	55519442182	2014/02/04	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.099.210.541
BELTRAN RIOS
APELLIDOS
WILLIAM ALEXANDER
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1992
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
17-ENE-2011 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2701300-00286176-M-1099210541-20110325 0026353080A 1 32771659