CUENTA DE COBRO Nº: 005
CONTRATO N° CD-33-2023-3121

EL DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

DEBE A:

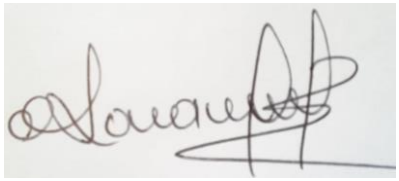
Sara Margarita Monterroza Bejarano
C.C. 64872064 de Sincé

La suma de TRES MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/L ($3.307.200).

Por concepto de ¨Prestación de servicios profesionales para brindar asesoría en las actividades que en cumplimiento de su misión se desarrollen en la unidad de servicios especializados en convivencia ciudadana y justicia (UCJ) del distrito de Barranquilla¨, por un quinto pago del período comprendido entre el 4 de Septiembre 2023 y el 3 de Octubre del año 2023 por valor de **TRES MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS ($3.307.200).**

Favor consignar en la cuenta de ahorros **N° 483-192968-94 de BANCOLOMBIA la cual está a mi nombre.**

Atentamente



SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO

C.C No 64872064

Cel 3008884177

Señores
FIDUPREVISORA S.A
Ciudad

Ref. Certificación dependiente Art 378 E.T., para fines de retención en la fuente por pagos laborales

Yo, **SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. **64872064 expedida** en Sincé, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad de juramento;

1. Que dependen económicamente de mí, en los términos y para fines establecidos en el artículo 387 del Estatuto Tributario, las personas enunciadas a continuación en cada uno de los respectivos grupos:

a. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
SANTIAGO LOPEZ MONTERROZA	1048089377	3 AÑO	20 Febrero de 2020

b. Los hijos del contribuyente con edad entre los 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiado su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

c. Los hijos del contribuyente mayores a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
ARADULFO LOPEZ LOPEZ	72229164	45 años	26 de mayo de 1977

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

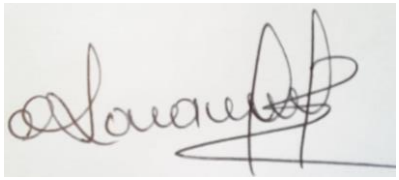
NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

2. Manifiesto tener los soportes que acreditan cada uno de las condiciones enunciadas en el punto anterior y me comprometo a conservarlos y tenerlos a disposición.

3. Manifiesto que el beneficio tributario solicitado por las personas enunciadas en primer punto de esta certificación queda en cabeza mía, y no está siendo solicitado por ninguna otra persona en relación con los mismos dependientes.

4. Declaro que Fiduprevisora S.A., recibe la información anteriormente relacionada, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política Colombiana

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a octubre de 2023 en dos ejemplares del mismo tenor.



SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO

C.C No 64872064 DE SINCÉ

Cel 3008887177

Señores
FIDUPREVISORA S.A
Ciudad

Ref. Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo **SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO** identificado(a) con la cedula de ciudadanía número **64872064 expedida** en Sincé, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad del juramento los siguientes hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

1. Que cumplo con las condiciones previstas en el estudio tributario para pertenecer a la categoría de "empleado" en los términos en que la define el artículo 329 de E.T., considerando que mis ingresos provienen en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza.
2. Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoría (II) del artículo 1 del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho articulo
3. Que respecto del año gravable anterior (2022), tengo la condición de:

   Declarante (x) NO declarante ( )

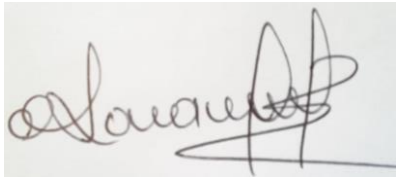
4. Que informare oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
5. Que solicito se tenga en cuenta para la **DEPURACION DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCION,** prevista en el artículo 383 del estatuto tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

Concepto	**Aplica o no aplica**	**Adjunto soporte**
1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda.	NO APLICA	
2. Aportes voluntarios a fondo de pensiones o cuentas AFC	NO APLICA	
3. Pagos de medicina prepagada o seguros de salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del estatuto tributario siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes. **(Adjuntar certificación año emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o compañía de seguros.)**	NO APLICA	
4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos (32) UVT mensuales. **(Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombres, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solicita esta deducción conforme de las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes)**	NO APLICA	

Concepto	Aplica o no aplica	Adjunto soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	NO APLICA	
2. Los hijos del contribuyente con edad entre los 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiado su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	NO APLICA	
3. Los hijos del contribuyente mayores a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
4. El Cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a la Fiduprevisora S.A. es veraz, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia.

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a octubre de 2023 en dos ejemplares del mismo tenor.



SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO

C.C No 64872064 De Sincé

Cel 3008884177

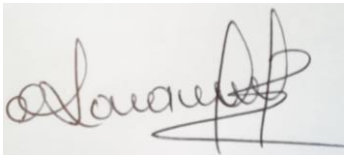
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
1. NO. DE CONTRATO:	**CD-33-2023-3121**
2. NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO
3. OBJETO DEL CONTRATO:	Prestación de servicios profesionales para brindar asesoría en las actividades que en cumplimiento de su misión se desarrollen en la unidad de servicios especializados en convivencia ciudadana y justicia (UCJ) del distrito de Barranquilla
4. FECHA QUE CUBRE EL INFORME:	4 de septiembre de 2023 a 3 de seoctubre de 2023
5. FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:	06 octubre de 2023
6. NOMBRE DEL INTERVENTOR/ SUPERVISOR:	NELSON PATRON PEREZ
7. CARGO:	Jefe de Oficina para la Seguridad
8. NO. DE INFORME DE GESTIÓN:	**5**
9. FECHA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN, ARL)	15/09/2023

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

10. OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

- 1.- Elaborar los informes y actas que se desprendan de la ejecución de actividades desarrolladas por el equipo psicosocial de la UCJ
- 2. Presentar a la coordinación administrativa de UCJ los informes de la gestión adelantada por el equipo psicosocial de la UCJ.
- 3.Coadyuvar en la elaboración del programa de prevención de la UCJ y presentar el mismo para la aprobación del jefe de la oficina para la seguridad y convivencia ciudadana.
- 4- Realizar seguimiento de tipo social a las personas a las que va dirigido el programa de prevención social de la UCJ.

11. ACTIVIDADES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL:
• Redacción y revisión de informes y actas de las actividades ejecutadas por el equipo Psicosocial de la UCJ, en aras de cumplir con los objetivos trasados. • Apoyo al equipo psicosocial de la UCJ, en la entrega de informes detallados a la coordinación administrativa de la UCJ. • Brindé atención personalizada y especializada mediante discursos de concientización y videos motivacionales, para una correcta administración de la Unidad de Servicios Especializados en convivencia y justicia-UCJ para implementación de la medida de prevención, protección y sanción de los ciudadanos que incurran en comportamientos contrarios a la convivencia, bajo lo establecido en el Código Nacional de Seguridad y Convivencia. • Colaboré en la elaboración y presentación del programa de prevención de UCJ.
12. FUENTES DE VERIFICACIÓN (ANEXAR FOTOS, LISTAS DE ASISTENCIA, FOLLETOS ENTREGADOS, ETC. CUANDO APLIQUE). No Aplica.



_____

SARA MARGARITA MONTERROZA BEJARANO.
Contratista.

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 64872064		MONTERROZA BEJARANO SARA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 86 70 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	94966969	9454240034	I	2023/09/15	2023/08/10	BANCO AV VILLAS	0	$522,400

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)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
1	CC	64872064 MONTERROZA SARA	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$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 64872064		MONTERROZA BEJARANO SARA MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 86 70 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	94966969	9454240034	I	2023/09/15	2023/08/10	BANCO AV VILLAS	0	$522,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				**1**	**$522,400**	**$0**	**$0**	**$522,400**