1. DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 01

CONTRATO No 15000842024 Del 26/01/2024 **SEDE O REGIONAL** Boyacá
PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 26/01/2024 HASTA: 30/06/2024

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: Maria Camila Wilches Gonzalez

No. Documento de identificación: 1049633874 Régimen No Responsable

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4529713286** Pago ARL: **SI** Nivel ARL (Nivel de riesgo): 2

Pago No.: 01 Mes de Pago: **Enero** Declarante de Renta: **NO** Pensionado **NO** Cesión: **NO** Número de Pago: **0**

Tipo Informe: **Vigencia Actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **01**

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	$	20.288.767,00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	$	-
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	$	966.123,00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	$	966.123,00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$	19.322.644,00

Nro. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION _____ **Nro de Factura:**

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704080-4602020-02	27	966123

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$	183.800,00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	$	235.300,00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	$	-
APORTE VOLUNTARIO, AFC, SEGURO PENSION U OTROS (*) :	$	-
APORTE ARL (*):	$	15.355,00

(*) 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.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. Apoyar el seguimiento técnico y operativo al cumplimiento de las obligaciones contractuales asociadas a los contratos de aporte suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia, de acuerdo con los lineamientos, manuales anexos, procedimientos instrumentos y herramientas vigentes establecidas.	Se apoyo y acompo al supervisor de los contratos suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia, en la modalidad de HCB Y FAMI, en la revisión de la fase predatoria de los contratos de aporte 15002952023 y 15002912023; según se evidencia en los reportes que reposan en el sistema en la carpeta de la contratista Maria Camila Wilches Gonzalez. el cual se sustenta en el siguiente link: https://icbfgob sharepoint.com/sites/FS_BOY/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FFS%5FBOY%2FDocumentos%20compartidos%2FCZTUNJA1%2F2022%2FCONTRATISTAS%202024&p=true&fromShare=true&ga=1
5. Apoyar la verificacion y análisis en la calidad de la información reportada por parte de las EAS en los sistemas de información dispuestos por el ICBF, para garantizar la generación de reportes confiables, fundamentales para el seguimiento y atención oportuna en la garantía de derechos a las niñas y los niños en los servicios de primera infancia.	Se realizo la verificacion del análisis de calidad de la información reportada por parte de las EAS en los sistemas de información dispuestos por el ICBF, en relación a: • Conformación del talento humano • Gestión y articulación interinsticional • Directorio interinstitucional del territorio • Gestión de espacios físicos de las UDS, donde se realizará la atención • Focalización de la población a atender por UDS. según se evidencia en los reportes que reposan en el sistema en la carpeta de la contratista Maria Camila Wilches Gonzalez. el cual se sustenta en el siguiente link: https://icbfgob sharepoint.com/sites/FS_BOY/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FFS%5FBOY%2FDocumentos%20compartidos%2FCZTUNJA1%2F2022%2FCONTRATISTAS%202024&p=true&fromShare=true&ga=1
8. Asistir y participar en los procesos de inducción, reinducción, entrenamiento y orientaciones para la apropiación del conocimiento, reuniones, mesas de trabajo y comités tanto internos como	Participe en COMITÉ de fase preparatoria con la modalidad HCB y FAMI el día 31 de ENERO de 2024. según se evidencia en los reportes que reposan en el sistema en la carpeta de la contratista Maria Camila Wilches Gonzalez, el cual se sustenta en el siguiente link:

externos relacionados con el objeto contractual, elaborando las actas correspondientes y evidenciando los compromisos adquiridos.	https //icbfgob sharepoint com/sites/FS_BOY/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems aspx?id=%2Fsites%2FFS%5FBOY%2FDocumentos%20compartidos%2FCZTUNJA1%2F2022%2FCONTRATISTAS%202024&p=true&fromShare=true&ga=1

CERTIFICACIÓN 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 No. 15000842024 del 26 de enero de 2024

Firma del Contratista _____

C C No. 1049633874

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 NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS ***M/cte***, $ 966.132

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
Gloria Mercedes Monsalve Piñeros	Coordinadora Centro Zonal Tunja 1	Centro Zonal Tunja 1	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - CONTRATISTA

CONTRATO No. 15000842024

GRUPO O CZ: Tunja 1

PLAZO DE EJECUCION: DESDE 26/01/2024 HASTA 30/06/2024

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C 1049633874 PERIODO: Del 26 a 30 de Enero de 2024

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PERIODO Y/O FECHA PROGRAMADO
1. Apoyar el seguimiento técnico y operativo al cumplimiento de las obligaciones contractuales asociadas a los contratos de aporte suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia, de acuerdo con los lineamientos, manuales anexos, procedimientos instrumentos y herramientas vigentes establecidas.	Se apoyará y acompañará al supervisor de los contratos suscritos por el ICBF para la atención a la primera infancia, en la modalidad de HCB Y FAMI, en la revisión de la fase predatoria de los contratos de aporte 15002952023 y 15002912023; según se evidencia en los reportes que reposan en el sistema en la carpeta de la contratista Maria Camila Wilches Gonzalez. el cual se sustenta en el siguiente link: https://icbfgob sharepoint.com/sites/FS_BOY/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems aspx?id=%2Fsites%2FFS%5FBOY%2FDocumentos%20compartidos%2FCZTUNJA1%2F2022%2FCONTRATISTAS%202024&p=true&fromShare=true&ga=1	PERIODO DEL 26 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE ENERO DE 2024.
5. Apoyar la verificacion y análisis en la calidad de la información reportada por parte de las EAS en los sistemas de información dispuestos por el ICBF, para garantizar la generación de reportes confiables, fundamentales para el seguimiento y atención oportuna en la garantía de	Se realizo la verificacion del análisis de calidad de la información reportada por parte de las EAS en los sistemas de información dispuestos por el ICBF, en relación a: • Conformación del talento humano • Gestión y articulación interinsticional	PERIODO DEL 26 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE ENERO DE 2024

derechos a las niñas y los niños en los servicios de primera infancia.	• Directorio interinstitucional del territorio • Gestión de espacios físicos de las UDS, donde se realizará la atención • Focalización de la población a atender por UDS. según se evidencia en los reportes que reposan en el sistema en la carpeta de la contratista Maria Camila Wilches Gonzalez. el cual se sustenta en el siguiente link: https://icbfgob.sharepoint.com/sites/FS_BOY/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FFS%5FBOY%2FDocumentos%20compartidos%2FCZTUNJA1%2F2022%2FCONTRATISTAS%202024&p=true&fromShare=true&ga=1	
8. Asistir y participar en los procesos de inducción, reinducción, entrenamiento y orientaciones para la apropiación del conocimiento, reuniones, mesas de trabajo y comités tanto internos como externos relacionados con el objeto contractual, elaborando las actas correspondientes y evidenciando los compromisos adquiridos.	Participe en COMITÉ de fase preparatoria con la modalidad HCB y FAMI el día 31 de ENERO de 2024. según se evidencia en los reportes que reposan en el sistema en la carpeta de la contratista Maria Camila Wilches Gonzalez. el cual se sustenta en el siguiente link: https://icbfgob.sharepoint.com/sites/FS_BOY/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FFS%5FBOY%2FDocumentos%20compartidos%2FCZTUNJA1%2F2022%2FCONTRATISTAS%202024&p=true&fromShare=true&ga=1	PERIODO DEL 26 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE ENERO DE 2024.

GLORIA MERCEDES MONSALVE PIÑEROS

Coordinación Centro Zonal Tunja 1
Supervisor del Contrato

MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
Contratista

Fecha de Concertación: 26-01-2024

Tunja , 01 de febrero 2024

Documento de Cobro n° 1

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2
DEBE A
Maria Camila Wilches Gonzalez
C.C . No. 1049633874

La suma de NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS ***M/cte*** *(*966.132*), por concepto de (PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCION DE PRIMERA INFANCIA EN LA DIRECCION REGIONAL, PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES TECNICAS EN EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCION DE LOS CONTRATO DE APORTE, PARA AVANZAR DE MANERA PROGRESIVA EN LA UNIVERSALIZACION DE LA ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA.), del contrato* ***N°*** 15000842024*del año 2024*

Consignar a la cuenta número 616883203 del banco de Bogotá tipo de cuenta CUENTA DE AHORROS

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
26/01/2024	31/01/2024

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA ***7720***

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	***SI/NO***
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 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, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.* ***SI** – Aplica retención por Honorarios/Servicios (11%,10% o 6%,4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de servicios personales.* ***NO** - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)*	***NO***
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, ($59.377.000-2023)*	*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 ($164.728.000-2024) ($148.442.000-2023) con el sector privado o 4.000 UVT ($188.260.000-2024) ($169.648.000-2023) 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 ($164.728.000-2024) ($148.442.000-2023) 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 ($188.260.000-2024) ($169.648.000-2023).*	*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 relacion con **los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro**, en los términos del articulo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 articulo 108 del ET y articulo 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)*** **** 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* *SI*

Cordialmente
Nombre: MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
C.C. 1.049.633.874
Dirección: TRASVERSAL 11 # 31 A 12
Celular: 3228652928
Correo Electrónico: Maria.Wilches@icbf.gov.co
No responsable del Impuesto sobre las ventas

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9447395821 PV: 473495
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 13/12/2023 18:48:32
PAP: 900104
Identificacion: 10496387
Nombre:
Apellido 1:
Apellido 2:
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3228652926
Codigo Planilla: 4529715286
Periodo Pago: 202312
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 10496387Valor: $434.700.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1049633874
NOMBRE O RAZON SOCIAL			MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO	TUNJA	DEPARTAMENTO	BOYACA
DIRECCIÓN	TRV 12 N 31A 12 MONTE AZUL	TELÉFONO	7451010
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otras actividades de atención de la salud humana
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			4529713286	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	diciembre	AÑO 2023
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2023/12/14	NUMERO AUTORIZACIÓN			9997029260

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	$ 235.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.400	$ 0	$ 235.400
SUBTOTALES										$ 235.400	$ 0	$ 235.400

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
EPS005	EPS005-SANITAS S A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 183.900
SUBTOTALES													$ 183.900	$ 0	$ 0	$ 183.900

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	$ 15.400	$ 15.400	$ 0	$ 0	$ 15.400
SUBTOTALES									$ 15.400	$ 0	$ 0	$ 15.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD							ARP								ICBF			SENA		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	IRA	LAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	%COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1049633874	WILCHES GONZALEZ MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.470.800			NO																	230301 PORVENIR	30	$ 1.470.800	$ 235.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 235.400	230905-SANITAS S A	30	$ 1.470.800	12,5%	$ 0	$ 183.900	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.470.800	1.04%	$ 15.400	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 434.700**

Ciudad, febrero de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Maria Camila Wilches Gonzalez identificado(a) con C.C. Nº 1049633874, 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 Decreto 2231 del 22 diciembre de 2023, 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°. 15000842024 del (26) de (enero) de 2024, 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, y he optado por restar los costos y gastos procedentes en desarrollo de esta actividad. (Artículo 206, 383 E.T, Parágrafo 2 y Art- 392 E.T)

   (SI- Aplica retencion por Honorarios Servicios (11% 10% o 6% 4% - Art 392) y soportar costos y gastos contratos diferentes a Prestacion de servicios personales)
   (NO - Aplica retencion tabla Art 206 y 383 (Renta exenta 25%))

   SI [ ] NO [x]

   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 mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

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

NOTA:

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.*

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.

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 **2024.**

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 con el 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 con el 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,

Maria Camila Wilches Gonzalez
1049633874
3228652928
Maca0493@gmail.com

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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14815331589

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 3 3 8 7 4	6	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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 4 9 6 3 3 8 7 4	2 0 1 1 0 5 1 0

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
WILCHES	GONZALEZ	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 9 36 04

42. Correo electrónico: maca0493@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 6 5 2 9 2 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 2 2 0	2 0 1 6 0 7 2 0	5 6 2 9	2 0 2 0 0 1 1 5			

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos
3 4 6 0	

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

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Sucursal	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: 2022-02-28 16:15:20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT) debera 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre: WILCHES GONZALEZ MARIA CAMILA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.049.633.874**

WILCHES GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-ABR-1993**

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAY-2011 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0700100-00314720-F-1049633874-20110718 0027434705A 1 36278519

Banco de Bogotá

NIT 890 002 964 4
Calle 36 No. 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA CAMILA WILCHES GONZALEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadania número 1.049.633.874 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 616883203. abierta/o desde el 30/9/2021.

Se expide en Bogotá el día 24 del mes de Enero del año 2024

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO