

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y FechaBOGOTÁ, 02 DE DICIEMBRE DE 2024CUENTA DE COBRO NUMERO3

Yo MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos seencuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI X NO Pertenecen a rentas de trabajo

SI NO X he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES
NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A: MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES

C.C. 1.023.962.415

Por Concepto de: Honorarios generados en el desarrollo del contrato de prestación de servicios profesionales 171-2024
Apoyar técnicamente las distintas etapas de los procesos de competencia de las inspecciones de policía y/o alcaldía local de los mártires, según reparto.

Periodo comprendido entre: 01 de noviembre de 2024 y 30 de noviembre de 2024

La suma de: \$6.000.000 (letras) SEIS MILLONES DE PESOS

Tipo de Contrato	Prestación de servicios	FDLM-CPS-P- 171-2024 (104803)	Pago No	3	DE	5
Planilla Pago de seguridad Social No	9476209150	y				
Periodo cotizado	Octubre	y				
Fecha de pago	2024/10/25	y				
Ingreso Base de Cotización	\$ 2.400.000	y				

IBC SEGÚN VALOR COBRADO \$ 2.400.000

Favor Consignar en Banco: Davivienda Cuenta Ahorros No. 0550488406295615

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios FDLM-CPS-P-171-2024 (104803), celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA: Liliana Cendales P.

DIRECCION: Calle 54a #5-14 TELEFONO: 3233253614

Correo electrónico contacto: liliana_cendales10@outlook.es

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 03 PERÍODO: 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. CONTRATO Y FECHA	171-2024 DEL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C No. 1.023.962.415 de Bogotá D.C.
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 24.000.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$6.000.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011605570000002099
FECHA ACTA DE INICIO	19 DE SEPTIEMBRE DE 2024
PRÓRROGA ¹	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	18 DE ENERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	Apoyar técnicamente las distintas etapas de los procesos de competencia de las Inspecciones de Policía y/o Alcaldía Local de Los Mártires, según reparto.

¹ Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Acompañar y apoyar a los Inspectores de Policía en el desarrollo de las diligencias de inspección.	Durante el mes se desarrollaron 6 diligencias de inspección	Informe técnico de inspección con evidencia fotográfica.	Carpeta de evidencias Obligación 1.
2. Realizar las visitas que, en materia de urbanismo, espacio público o actividad económica, le sean asignadas por el respectivo Inspector de Policía, en desarrollo de la práctica de pruebas ordenadas dentro de una actuación y presentar el respectivo informe en los términos establecidos	Se realizaron 6 visitas en materia de urbanismo, espacio público o actividad económica en el transcurso del mes.	Informe técnico de visita a establecimientos de comercio con evidencia fotográfica.	Carpeta de evidencias Obligación 2.
3. En las visitas que realice en materia de urbanismo, verificar que las obras cumplan lo contenido en la norma de sismo resistencia vigente, lo anterior, sin perjuicio de las demás verificaciones que respecto al cumplimiento de las licencias de construcción deba realizar según lo contenido en la normatividad vigente	En el marco de las visitas llevadas a cabo, en materia de urbanismo, se verifico que las obras cumplan lo contenido en la norma de sismo resistencia vigente, y las demás verificaciones que respecto al cumplimiento de las licencias de construcción deba realizar según lo contenido en la normatividad vigente	Informe técnico de visita a establecimientos de comercio con evidencia fotográfica.	Carpeta de evidencias Obligación 3.
4. Emitir los conceptos y respuestas a las solicitudes y peticiones que le sean requeridos por el Inspector de Policía.	Elaboración de memorando donde se informa la realización de las visitas con su respectivo un informe técnico de cada una de ellas.	Oficio y anexo enviado al profesional encargado para el trámite y fines pertinentes del proceso.	Carpeta de evidencias Obligación 4.
5. Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.	Asistencia a la Mesa de Trabajo con el fin de realizar organización estratégica de dirección y establecimientos de comercio a visitar.	Acta general de reunión y evidencia fotográfica.	Carpeta de evidencias Obligación 5.
6. Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas.	Se elabora el informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.	Informe mesual de las actividades realizadas en el marco de las obligaciones contractuales	No aplica.

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
7. Entregar mensualmente, el archivo de los documentos suscritos que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales	Durante el período actual, no se llevó a cabo ninguna actividad que estuviera alineada con el cumplimiento de la obligación específica.	Durante el período actual, no se llevó a cabo ninguna actividad que estuviera alineada con el cumplimiento de la obligación específica.	No aplica.
8. Las demás que se le asignen y que surjan de la naturaleza del Contrato.	Durante el período actual, no se llevó a cabo ninguna actividad que estuviera alineada con el cumplimiento de la obligación específica.	Durante el período actual, no se llevó a cabo ninguna actividad que estuviera alineada con el cumplimiento de la obligación específica.	No aplica.
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
	SANITAS	POSITIVA	PORVENIR
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: MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES Cédula: 1.023.962.415 de Bogotá	
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	
		Nombre: JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO Cargo: Profesional Universitario área de gestión Policiva y jurídica del despacho 219-18 Firma: 	



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023962415		CENDALES PUENTES MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 163 #58C -10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1004562793		9476209150	I	2024/11/07	2024/10/25	BANCO DAVIVIENDA	\$742,500

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)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	
1	CC	1023962415	CENDALES MARTHA	230301	30	\$2,400,000	\$384,000	EPS005	30	\$2,400,000	\$300,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,400,000	\$58,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0	\$0			\$2,400,000	\$58,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023962415		CENDALES PUENTES MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 163 #58C -10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1004562793		9476209150	I	2024/11/07	2024/10/25	BANCO DAVIVIENDA	\$742,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$58,500	\$0	\$0	\$58,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$58,500	\$0	\$0	\$58,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000	
TOTAL				1	\$742,500	\$0	\$0	\$742,500	



- ▼
- ✚ Mis Consultas
- ✚ Solicitar Anulación

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	MARTHA LILIANA CENDELES PUENTES	Area de Gestion Policiva Inspecciones Martires
Radicados:	<input type="text"/>	

Buscar

- 📁 RADICACION
- ✚ Mis Oficios
- ✚ Mis Memorandos

- 📁 CARPETAS
- ✚ Mis Entrada(0)
- ✚ Mis Oficios(0)
- ✚ Mis Memorandos(0)
- ✚ Mis Visto Bueno(0)
- ✚ Mis Devueltos(0)
- ✚ Mis Agendados (0)
- ✚ Mis Informados (0)
- ✚ Mis Personales (0)

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.



ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES** sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al 01 de noviembre de 2024 y el 30 de noviembre de 2024.

Contrato:	No. 171-2024
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Contratista:	MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES
Cédula o NIT	No. 1.010.220.159
Objeto:	APOYAR TÉCNICAMENTE LAS DISTINTAS ETAPAS DE LOS PROCESOS DE COMPETENCIA DE LAS INSPECCIONES DE POLICÍA Y/O ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES, SEGÚN REPARTO.
Plazo del contrato:	CUATRO (4) MESES
Fecha iniciación:	19/09/2024
Fecha de terminación:	18/01/2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	\$24.000.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	\$6.000.000 (Pago 03)
Numero de PIN:	9476209150
Periodo cotizado.	Octubre de 2024

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.

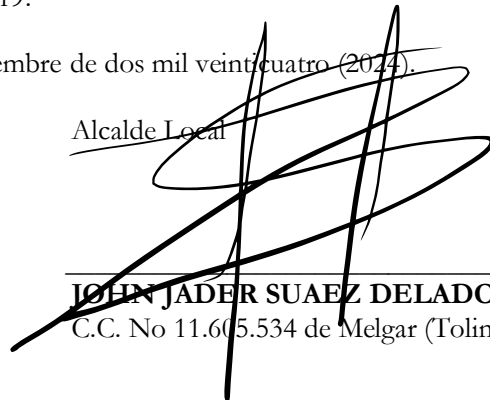
En constancia se firma a los 02 días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Interventor o Supervisor



JUAN ELIAS GUEVARA CAMARGO
C.C No. 1.047.381.845 de Cartagena

Alcalde Local



JOHN JADER SUAEZ DELADO
C.C. No 11.605.534 de Melgar (Tolima)

Número de Contrato 171 de 2024

Yo, Martha Liliana Cendales Puentes, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.023.962.415 expedida en la ciudad de Bogotá.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2023	X	
He contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		X
Declaro que el 80% o más de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica	X	

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional 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 Nacional No. 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se podrá aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	X	
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto Nacional 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	X	

Se expide y firma a los (02) días del mes de diciembre del 2024.

Firma: Liliana Cendales P.

Nombre: Martha Liliana Cendales Puentes

C.C: 1.023.962.415

Dirección de correspondencia: Calle 54a #5-14

Teléfono de contacto: 3233253614

Correo electrónico institucional: N/A

Correo electrónico personal: liliana_cendales10@outlook.es



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

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

Código: GCO-GCI-F137
Versión: 03
Vigencia: 07 de febrero de 2022
Caso HOLA: 225687

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 Profesionales N° 171 de 13/09/2024, 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).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

2

MES

12

AÑO

2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES

CÉDULA N°

1.023.962.415

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

AVENIDA CALLE 19 No, 28-80 PISO -6

TELÉFONO

3233253614

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
CELESTE ROSAS CENDALES	HIJA	1 AÑO	\$ -

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

X

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.

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

que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.

*

Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito

*

Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o 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 o 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

Liliana Cendales P.

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



REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 63255767

NUIP 1 018 521 016

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHAPINERO BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Primer Apellido ROSAS Segundo Apellido CENDALES

Nombre(s) CELESTE

Fecha de nacimiento Año 2022 Mes 007 Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

22105710161261

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos CENDALES PUENTES MARTHA LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.023.962.415

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos ROSAS SANCHEZ ALFY SMILE

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.053.337.405

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ROSAS SANCHEZ ALFY SMILE

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.053.337.405

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de Inscripción

Año 2022 Mes 007 Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE LUIS DANGOND AGUANCHIA REG

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

01 NOV 2022 - SE OMITEN HUELLAS DEL INSCRITO SEGUN CIRCULAR 084 DEL

01/SEP/2020. LIBRO DE VARIOS - TOMO 147 FOLIO 0169.



Fecha de Expedición

01 NOV 2022

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, (ART. 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970). TIENE VIGENCIA PERMANENTE (ART 2. DEC 2189 DE 183). EXENTO DE SELLO (ART. 11 DEC 2150 DE 1995)

JORGE LUIS DANGOND AGUANCHIA
Registrador Auxiliar de Chapinero L.02



COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 03 de febrero de 2024

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2023, **MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES** identificado (a) con CC No. **1023962415**, Titular del Contrato No.10108109541, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
CELESTE ROSAS CENDALES	RC 1018521016	OTROS	01-03/31-12	\$552.600	\$27.630	\$580.230
MARTHA LILIANA CENDALES PUENTES	CC 1023962415	OTROS	01-03/31-12	\$2.624.850	\$131.243	\$2.756.093
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$1.024.488	\$51.212	\$1.075.700

LA SUMA DE: \$4.412.023 (CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL VEINTITRES PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, artículo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada