☐

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 Fecha BOGOTÁ, 31 DE DICIEMBRE 2024 **CUENTA DE COBRO NUMERO** **3**

Yo WILLIAM TALERO MORA 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 se encuentran 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: WILLIAM TALERO MORA

C.C. 80749107

Por Concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVA Y JURÍDICA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES.

Periodo comprendido entre: 1 de diciembre y 31 de diciembre de 2024

La suma de: **$ 2.883.000** (DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL PESOS)

Tipo de Contrato Prestación de servicios **FDLM-CPS-216-2024** Pago No 3 DE 5

Planilla Pago de seguridad Social No 82615094 y

Periodo cotizado DICIEMBRE y

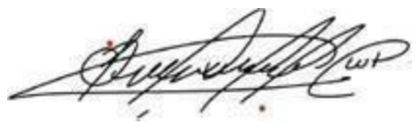
Fecha de pago 13 de diciembre 2024 y

Ingreso Base de Cotización $1.300.000 y

Cuenta Ahorros No 24045976182

Banco Caja social

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-2162024(114861), 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: 

DIRECCION: CR 7D 64H-65 SUR TORRE 11 APTO 403 TELEFONO: 3046465356

Correo electrónico contacto: clublapaz@hotmail.com

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORME (MENSUAL) DE ACTIVIDADES No _3_ PERÍODO: 1 de diciembre AL 31 de diciembre 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVIVOS DE APOYO A LA GESTION
No. CONTRATO Y FECHA	FDLM-CPS-AG-216 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA	WILLIAM TALERO MORA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC 80749107 DE BOGOTA
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$11.532.000 M/CTE
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 2.883.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23061603430000002083
FECHA ACTA DE INICIO	3 DE OCTUBRE DE 2024
PRÓRROGA[1]	
ADICIÓN	
SUSPENSIÓN	«PLAZO DE LA SUSPENSION»
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS YSUSPENSIONES)	2 DE FEBRERO DE 2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA E FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GE POLICIVA Y JURÍDICA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRE

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Acompañar los procesos de movilización ciudadana, monitoreo a disturbios, operativos de seguridad así como también los de Inspección Vigilancia y Control adelantadas por la Alcaldía Local de Los Mártires, actividades interinstitucionales, atención de emergencias, eventos masivos o de alta complejidad que constituyan un riesgo para la seguridad y convivencia ciudadana en la localidad.	CARGUE DE ACTAS APLICATIVO PARA LA GESTION POLICIVA	ACTA CARGUE ACTAS	CARPETA OBLIGACION 1
2. Identificar y analizar riesgos que puedan afectar la convivencia y seguridad ciudadana, el espacio público, medio ambiente y prevención del riesgo en el territorio de la localidad.	SE REALIZA ACTIVIDAD DE CONTROL DE ESPACIO PUBLICO E EN EL SECTOR DE LA FAVORITA	1. ACTA ACCION POPULAR LA FAVORITA	CARPETA OBLIGACION 2
3. Realizar reconocimiento en campo del territorio asignado, identificando las problemáticas en seguridad y convivencia, espacio público, medio ambiente y gestión del riesgo en aras de gestionar y hacer seguimiento a la sostenibilidad de la recuperación de espacio público	SE REALIZA OPERATIVO DE APOYO DE CONTROL DE ESPACIO PUBLICO EN EL SECTOR DE PLAZA ESPAÑA	1. ACTA 1 CONTROL ESPACIO PUBLICO PLAZA ESPAÑA	CARPETA OBLIGACION3

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
en la Localidad.			
4. .Brindar apoyo logístico en operativos de levantamiento de cambuches, poda o semejante en el territorio de la localidad de los mártires, así como en las actividades propias de la entidad.	SE REALIZAACTIVIDAD DE CONTROL DE ESPACIO PUBLICO, CAMBCHES CHC E IVC EN EL CEMNENTERIO CENTRAL	1. ACTA CEMENTERIO CENTRAL	CARPETA OBLIGACION 4
5. Entregar reportes de forma semanal, de las situaciones encontradas y las gestiones realizadas en cada uno de los territorios asignados, en relación con el espacio público recuperado, los riesgos prevenidos y las sensibilizaciones de seguridad efectuadas	ACTUALIOZACION MESTAS IVC 2024 SECRETARIA DE GOBIERNO	1. ACTA METAS IVC	CARPETA OBLIGACION 5
6. Realizar campañas de sensibilización a las juntas de acción comunal, colegios y comunidad en general en temas de convivencia ciudadana, gestión del riesgo, gestión climática, ambiental y recuperación del espacio público	SE REALIZA PMU Y ACOMPAÑAMIENTO A LA NOVENA DE LA ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES	1. ACTA NOVENAS	CARPÉTA OBLIGACION 6
7. Dar acompañamiento y sensibilización en las zonas donde existen ventas informales, actividades interinstitucionales, con el fin de	SE REALIZA OPERATIVO DE APOYO DE CONTROL DE ESPACIO PUBLICO EN EL SECTOR DE PLAZA ESPAÑA	1. ACTA 1 CONTROL ESPACIO PUBLICO PLAZA ESPAÑA	CARPETA OBLIGACION 7

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
garantizar la sana convivencia y evitar las aglomeraciones en el espacio público de las zonas residenciales y comerciales de la localidad, ferias y eventos de temporada.			
8.Orientar a la ciudadanía frente a los procedimientos de recuperación del espacio público, gestión del riesgo, gestión climatica y ambiental, así como en temas de convivencia ciudadana.	EL DIA 23 SE REALIZA OPERATIVO EN EL BARRIO SANTA FE	1. ACTA 23-11-24 OPERATIVO SANTA FE	CARPETA OBLIGACION 8
9. Asistir a los encuentros comunitarios y/o reuniones en general a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual	SE REALIZA APOYO LOGISTICO NOVENAS	1. ACTA NOVENAS	CARPETA OBLIGACION 9
10. Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	CARGUE Y ACTUALIZACION DE APLICATIVO PARA LA GESTION POLICIVA	1. ACTA CARGUE APLICAIVO 2. REINION APLICATIVO	CARPETA OBLIGACION 10

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**
	COMPENSAR	**POSITIVA**	**PORVENIR**
FIRMAS			

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

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: WILLIAM TALERO MORA** **Cédula: 80749107**
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/INTERVENTOR** **Nombre: JOHN JADER SUAREZ DELGADO** **Cargo: ALCALDE LOCAL** **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre: HERNANDO ESPELETA MAIGUEL** **Cargo: REFERENTE DE SEGURIDAD** **Firma:**

*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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80749107	WILLIAM TALERO MORA	cr1d este 64h 65 sur Torre 11 Apartamento	9258932	clublapaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/12/2024	82615094	$370.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	370.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80749107	WILLIAM TALERO MORA	cr1d este 64h 65 sur Torre 11 Apartamento	9258932	clublapaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

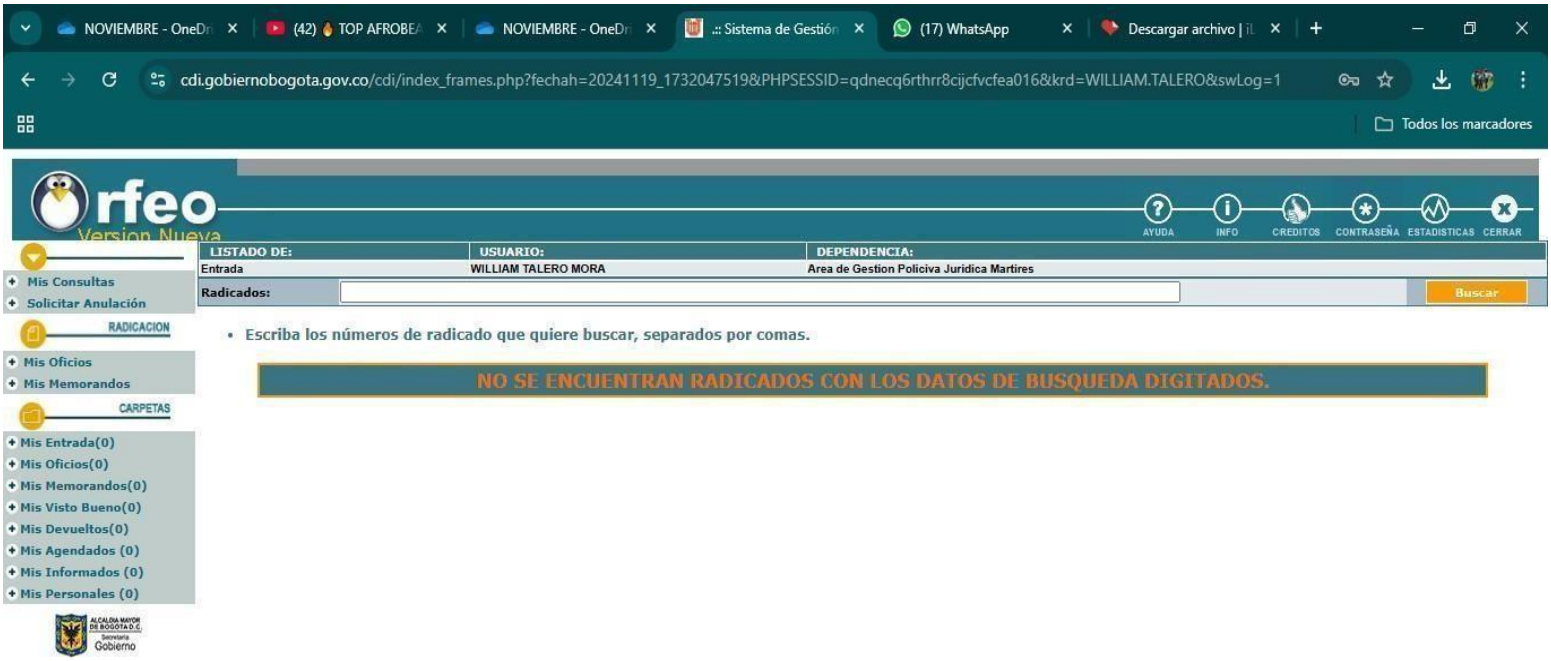
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/12/2024	82615094	$370.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80749107	TALERO MORA WILLIAM	3	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


NOVIEMBRE - OneDr
(42) TOP AFROBEA
NOVIEMBRE - OneDr
.:: Sistema de Gestión
(17) WhatsApp
Descargar archivo | iL
cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index_frames.php?fechah=20241119_1732047519&PHPSESSID=qdnecq6rthrr8cijcfvcfea016&krd=WILLIAM.TALERO&swLog=1
Todos los marcadores
rfeo
Version Nueva
AYUDA
INFO
CREDITOS
CONTRASEÑA
ESTADISTICAS
CERRAR
Mis Consultas
Solicitar Anulación
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)
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Secretaría Gobierno
LISTADO DE:
USUARIO:
DEPENDENCIA:
Entrada
WILLIAM TALERO MORA
Area de Gestion Policiva Juridica Martires
Radicados:
Buscar
• Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.
NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍALOCAL DELOA MARTIRES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista (WILLIAM TALERO MORA 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:

periodo comprendido entre el 1/12/2024 y el 31/12/2024

Contrato:	No.____216-2024_____
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION
Contratista:	WILLIAM TALERO MORA
Cédulao NIT	No. 80749107
Objeto:	

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL ÁREA DE GESTION POLICIVA Y JURÍDICA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

Plazodel contrato:	4 MESES
Fecha iniciación:	3 DE OCTUBRE 2024
Fecha de terminación:	2 DE FEBRERO 2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	$11.532.000 M/CTE
Valor adicional:	N/A
Valora pagar:	$2.883.000 No. de pago: 3
Numero de PIN:	82615094
Periodo cotizado.	DICIEMBRE

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 31 días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Interventor o Supervisor,

Apoyo a la supervisión

HERNANDOESPELETA MAIGUEL
C.C. No. 0075984

Supervisor

JOHN JADER SUAREZ DELGADO
C.C. No.11605534 de Melgar(Tol)

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 216 de 2024

Yo, WILLIAM TALERO MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 80749107expedida 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 RUTycertificación de autorización de numeración de facturaciónelectrónica)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexarsoporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fechahago aportes VOLUNTARIOS apensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexarcertificación en la primera cuenta)		X

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

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? (Anexarcertificación 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	

Seexpide y firma a los (31) días del mes de diciembre del 2024.



Firma:

Nombre: WILLIAM TALEROMORA

C.C: 80749107

Dirección de correspondencia: CR7D 64H 65 SUR TR 11 APTO 403

Teléfono de contacto: 3046465356

Correoelectrónicoinstitucional: William.talero@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: clublapaz@hotmail.com

BOGOTÁ | 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 N° 216 de 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	31	MES	Diciembre	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
WILLIAM TALERO MORA	80749107	ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES	3759513

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
JEROMINO TALERO HERRERA	HIJO	7 ÑOS	0

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.
	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por
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 mayora 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:	* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. * Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero(a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos
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
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



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 quién 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 sede be 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016914582

Indicativo Serial 33883460

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 4 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TALERO * * * * * * * * * * * * * * *	HERRERA * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): JERONIMO *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes AGO Día 29	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * * *	14364280-9 * * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HERRERA DELGADO HEIDY DAYAN *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1026559905 * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TALERO MORA WILLIAM *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80749107 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TALERO MORA WILLIAM *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80749107 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	William Talero Mora

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2017 Mes AGO Día 30	BERENICE TARQUINO CARRILLO (Notaria Encargada) — BERENICE TARQUINO CARRILLO — Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Angela Sirley Moyorga Fonseca C.C. 52.060.046 VO.BO.

Eddi Alberto Correal Carreño C.C. 80.073.865 VO.Bo.

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457