

## CUENTA DE COBRO No. 09

Por adquisición de bienes y/o servicios a personas naturales no comerciantes o inscritas en el régimen simplificado

Bogotá D.C., 16 de ENERO 2025

**LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ**  
**NIT 899.999.061-9**

DEBE A:

**DEISY VIVIANA VILLALBA BAQUERO**  
C.C. N° 1032656465

La suma de: **dos millones de pesos (\$2.000.000)**

**Por concepto de:** PAGO DE HONORARIOS DEL 01 DE DICIEMBRE DE 2023 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023, POR EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO.CPS-284-2023 CUYO OBJETO ES: "PRESTAR SUS SERVICIOS ARTÍSTICOS Y DE TEJIDO PARA APOYAR OPERATIVAMENTE LA GESTIÓN CULTURAL DE LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ".

### **CUENTA PARA CONSIGNACIÓN:**

**ENTIDAD BANCARIA:** Bancolombia  
**No. DE CUENTA:** 03300004546  
**TIPO DE CUENTA:** Ahorros



**DEISY VIVIANA VILLALBA BAQUERO**  
C.C. No. 1.032.656.465 de Bogotá D.C.

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

INFORME <b>MENSUAL</b> DE ACTIVIDADES No 9 PERÍODO: <u>«1 de DICIEMBRE»</u> al <u>«31 de DICIEMBRE «2023»</u>	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios
No. CONTRATO Y FECHA	CPS -284- 2023 / 17-abril-2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Deisy Viviana Villalba Baquero
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1.032.656.465
PLAZO DE EJECUCIÓN	Diez (10) meses
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 20.000.000
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	\$ 2.000.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	00-02-03-011601210000001633
FECHA ACTA DE INICIO	17 de abril de 2023

## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

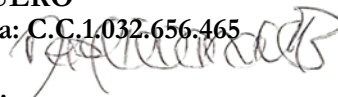
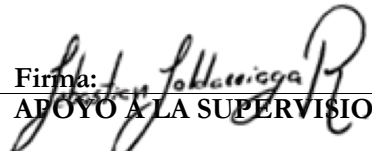
<b>PRÓRROGA</b>	1 mes
<b>ADICIÓN</b>	2.000.0000
<b>SUSPENSIÓN</b>	N/A
<b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUS- PENSIONES)</b>	16 de febrero de 2024
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	“PRESTAR SUS SERVICIOS ARTÍSTICOS Y DE TEJIDO PARA APOYAR OPERATIVAMENTE LA GESTIÓN CULTURAL DE LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ”.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFI- CACIÓN Y SU UBI- CACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<b>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 1:</b> Apoyar la planeación quincenal y propuesta metodológica de las habilidades en la formación en tejido de los niños, niñas, jóvenes y adultos de la localidad de Sumapaz	1.1 Para el presente periodo se realizó la planeación semanal de actividades y metodología con la comunidad viendo las necesidades de cada grupo y en cada taller.	ANEXO  En carpeta obligación 1 1.-1 PDF PLANEACIONES
<b>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 2:</b> Apoyar el registro y control de los elementos que se usan para las sesiones de clases de los niños, niñas, jóvenes y adultos que participan en las escuelas de formación de tejido.	PARA ESTE PERIODO NO SE HACE ENTREGA DE INSUMOS DEVIDO A LA BAJA ASISTENCIA Y FINALIZACION DEL PROYECTO.	

## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

<p><b>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 3.</b> Colaborar con las sesiones de clase con los niños, niñas, jóvenes y adultos, cumpliendo con los horarios, lugares acordados con la comunidad y demás requerimientos realizados por el FDRS, hacer entrega de las listas de asistencia de los participantes</p>	<p>3.1 01 diciembre Taller en la vereda raizal con la participación de dos personas trabajando en un gorro otra persona soltó su trapillo para hacerle unas mejorías al tejido</p> <p>3.2 04 diciembre Taller en la vereda Betania donde no se contó con participación ya que algunos no se encontraban en el territorio y se realizó en casa de un participante. Contando con la participación. De dos personas</p> <p>3.3 08 diciembre Taller en raizal con la participación de dos personas realizando gorros</p> <p>3.4 14 diciembre clausura de la escuela artística en la vereda Nazaret donde allegamos todos los participantes del proyecto de las diferentes veredas, se les hizo entrega de certificación y se compartió experiencias con los demás grupos de trabajo.</p>	<p style="text-align: center;">ANEXO</p> <p>En carpeta de obligaciones 3</p> <p>3.1 PDF FOTO Y PLANILLA 3.2 PDF FOTO Y PLANILLA 3.3 PDF FOTO Y PLANILLA 3.4 PDF FOTO Y PLANILLA</p>
<p><b>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 4</b> Hacer el seguimiento y evaluación de los estudiantes inscritos en las escuelas de formación, informando el estado de avance de los participantes, número total de inscritos, deserciones, cupos disponibles y cualquier situación que se presente dentro del desarrollo de las actividades.</p>	<p>Por medio de las planillas de asistencia se evidencia decadencia en las actividades y participación debido a las diferentes actividades del colegio y Otras instituciones,</p>	<p style="text-align: center;">Anexos</p> <p>En carpeta de obligaciones 4</p> <p>1. PDF PLANILLAS DE ASISTENCIA</p>
<p><b>OBLIGACIÓN ESPECIFICA 5:</b> Asistir, a las reuniones, comités y capacitaciones, entre otros, representar a la Administración en los espacios del sector y hacer parte de los comités que le sean designados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 12 diciembre 2023 12 diciembre Reunión virtual de equipo de cultura donde se tratar de tema principal organización de día de la clausura de las escuelas de formación</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Anexos</p> <p>En carpeta de obligaciones 5</p> <p>1. PDF pantallazos de las actividades 1 -2</p>

## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

<b>OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6:</b> Las demás que demande la administración local que corresponda a la naturaleza del contrato y que sean necesarias para la consecución del fin del objeto contractual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>18 de diciembre/ se realiza acompañamiento en la vereda nueva granada a la entrega de regalos apoyando la parte de recreación del evento.</li> <li>19 diciembre entrega de regalos en apoyando en el corregimiento la unión apoyando las actividades de recreación</li> <li>20 diciembre entrega de regalos en la vereda san juan apoyando las actividades de recreación y bailes.</li> </ul>	Anexos  En carpeta de obligaciones 6  1. PDF FOTO	
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>			
<b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</b>  <div style="text-align: center;">FAMISANAR</div>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL</b>  <div style="text-align: center;">POSITIVA</div>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</b>  <div style="text-align: center;">PORVENIR</div>
<b>FIRMAS</b>			
<b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</b> 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.		<b>CONTRATISTA</b>  <b>Nombre: DEISY VIVIANA VILLALBA BAQUERO</b> <b>Cédula: C.C.1.032.656.465</b> <b>Firma:</b> 	
<b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:</b> 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.		<b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b> <b>Nombre: SEBASTIAN SILDARRIAGA</b> <b>Cargo: ALCALDE</b>  <b>Firma:</b>  <b>APOYO A LA SUPERVISION</b>	



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Secretaría de Gobierno

## ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

**Nombre:**  
**Cédula:**

ALCALDIA LOCAL DE SUMAPAZ

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Teniendo en cuenta el informe presentado por la contratista **Deisy Viviana Villalba Baquero**, 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

Periodo comprendido entre el día 01 al 31 de diciembre 2023

Contrato: No. **CPS-284-2023**

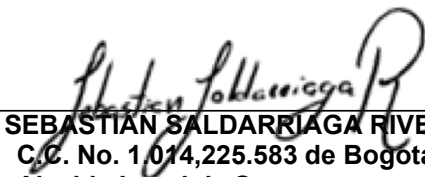
Tipo de Contrato:	Prestación de Servicios
Contratista	Deisy Viviana Villalba Baquero
Cédula o NIT	No. 1.032.656.465 de Bogotá – D.C
Objeto:	PRESTAR SUS SERVICIOS ARTÍSTICOS Y DE TEJIDO PARA APOYAR OPERATIVAMENTE LA GESTIÓN CULTURAL DE LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ.
Plazo del contrato:	diez (10) meses
Fecha Iniciación:	17 de abril de 2023
Fecha de Terminación:	16 de febrero de 2024
Prorroga:	1 mes del 17 de enero al 16 de febrero 2024
Valor inicial pactado:	\$18.000.000
Valor adicional:	\$ 2.000.000
Valor a pagar:	\$2.000.000 (No. de pago: 9)
Numero de PIN:	1066389162
Periodo cotizado.	(12/2023)

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 (16 días) del mes de enero dos mil veinticinco (2025).

Interventor o Supervisor,

**Apoyo a la supervisión**

  
**SEBASTIÁN Saldarriaga RIVERA**  
C.C. No. 1.014,225.583 de Bogotá  
Alcalde Local de Sumapaz



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-06, 10:43:57 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1066389162 Referencia pago (PIN) 8810817911

Periodo Cotización 202312 Periodo Servicio 202312

Cliente:

PAGADA 2024-09-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEISY VIVIANA VILLALBA BAQUERO						
Documento	CC 1032656465			Dirección	VÍA 0 #0 - 0 SUMAPAZ VEREDA RAIZAL		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3202175641		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032656465		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00				VILLALBA BAQUERO DEISY VIVIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP				Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0				16 %	\$ 1.160.000	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	14-23	2	1,044 %	\$ 1.160.000	\$ 12.200	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	\$ 0	\$ 185.600	\$ 145.200	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 342.800	\$ 65.300	\$ 408.100







Número de Contrato 284 de 2023

Yo, **DEISY VIVIANA VILLALBA BAQUERO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.032.656.465 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

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 periodo objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y lo reglamentado en el párrafo 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-fl37 y sus soportes)	X	

Se expide y firma a los 01 días del mes de Febrero del 2025.



Firma:

Nombre: VIVIVANA VILLALBA

C.C:1.032.656.465

Dirección de correspondencia: VEREDA RAIZAL

Teléfono de contacto: 320 2175641

Correo electrónico institucional: deysycultura@gmail.com

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DEISY VIVIANA VILLALBA BAQUERO** identificado con **CC No. 1032656465**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - NI. 899999061	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 09/11/2024 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 09/11/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 19/02/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011866030.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,


GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.  
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.  
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141140298250			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 10326564654				6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 32	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1032656465		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido VILLALBA		32. Segundo apellido BAQUERO		33. Primer nombre DEISY		34. Otros nombres VIVIANA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CARR 4 A 93 05 SUR							
42. Correo electrónico marthaluciavb@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3202175641		45. Teléfono 2 6019106162			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8299		47. Fecha inicio actividad 20140123		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
50. Código 1		2		51. Código			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
57. Modo				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 10 - 29 / 09 : 56: 02			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre VILLALBA BAQUERO DEISY VIVIANA				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



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° \_\_\_\_\_ 284 \_\_\_\_\_, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO- ALCALDIA LOCAL DE SUMAPAZ, 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

4

MES

Febrero

AÑO

2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Deisy Viviana Villalba Baquero

CÉDULA N°

1032656465

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

Alcaldía Local De Sumapaz

TELÉFONO

3202175641

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
Maria Fernanda Villalba Villalba	Hija	6 años	0

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

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.

X

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

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

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

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

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 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



REPUBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **752593208**

NUIP 1.032.656.568

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A Y B

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C. LOCALIDAD SUMAPAZ-20

Datos del inscrito

Primer Apellido

VILLALBA

Segundo Apellido

VILLALBA

Nombre(s)

MARIA FERNANDA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2018 Mes ENR Día 13 FEMENINO 0 +

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

COLOMBIA- CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

14615013-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VILLALBA BAQUEO DEISY VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 1.032.656.465 DE BOGOTÁ D.C.

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLALBA MUÑOZ NICOLAS GUSTAVO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 1.032.656.561 DE BOGOTÁ D.C.

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLALBA MUÑOZ NICOLAS GUSTAVO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1.032.656.561 DE BOGOTÁ D.C.

Nicolás Villalba

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 2018 Mes FEB Día 10

JOSE ARMANDO CASTRILLON LOZANO  
REGISTRADOR AUXILIAR

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nicolás Villalba

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

FOTOCOPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL

ART. 115 DECRETO 1260/70 Y ART. 1 DECRETO 278/72

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

JOSE ARMANDO CASTRILLON LOZANO  
REGISTRADOR AUXILIAR

REGISTRADURÍA SUMAPAZ K-20

BOGOTÁ 15/02/2018  
SIN SELLO DEC 2150/95

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO