

### 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, 03 DE MARZO DE 2025 CUENTA DE COBRO NUMERO 2

Yo ERICK JEANKARLO AGUILAR VARGAS 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 de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI ☒ NO ☐ Pertenecen a rentas de trabajo

SI ☐ NO ☒ 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:

**ERICK JEANKARLO AGUILAR VARGAS** C.C 1.026.598.365.

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: 01 de febrero y 28 de febrero de 2025

La suma de: **\$ 3.381.000** (TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y UN MIL PESOS M/TE)

Tipo de Contrato Prestación de servicios **FDLM-CPS-AG-335-2024 (121677)** Pago No 2 DE 3

|                                      |                   |          |  |
|--------------------------------------|-------------------|----------|--|
| Planilla Pago de seguridad Social No | <u>9480991334</u> | <u>Y</u> |  |
| Periodo cotizado                     | <u>enero</u>      | <u>Y</u> |  |
| Fecha de pago                        | <u>N/A</u>        | <u>Y</u> |  |
| Ingreso Base de Cotización           | <u>1.423.500</u>  | <u>Y</u> |  |

#### IBC SEGÚN VALOR COBRADO

**1.423.500**

Favor Consignar en Banco: BANCOLOMBIA Cuenta Ahorros No 91211277594

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- AG-335-2024 (121677)** 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: Erick Aguilar

DIRECCION: Calle 57 sur # 87 D 27

TELEFONO:

3027377689

Correo electrónico contacto: Erick20j@outlook.com

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

| <b>INFORME (MENSUAL DE ACTIVIDADES No 2)</b><br><b>PERÍODO: DEL 01 DE FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DE 2025</b> |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO                                                                                 |                                                                                                                                                                         |
| TIPO DE CONTRATO                                                                                           | «CONTRATO DE APOYO A LA GESTIÓN»                                                                                                                                        |
| No. CONTRATO Y FECHA                                                                                       | CPS- AG-335-2024 (121677) SUSCRITO EL 26 DE DICIEMBRE DE 2024                                                                                                           |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                     | « ERICK JEANKARLO AGUILAR VARGAS »                                                                                                                                      |
| TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN                                                                     | «1.026.598.365 expedida en Bogotá D.C»                                                                                                                                  |
| PLAZO DE EJECUCIÓN                                                                                         | «DOS MESES»                                                                                                                                                             |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                   | «SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS M/TE \$ 6.762.000 »                                                                                                  |
| VALOR DEL PERIODO DE COBRO                                                                                 | \$ 3.381.000                                                                                                                                                            |
| No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)                                                                 | «O23011605570000002099»                                                                                                                                                 |
| FECHA ACTA DE INICIO                                                                                       | «02, de enero, 2025»                                                                                                                                                    |
| PRÓRROGA <sup>1</sup>                                                                                      | «N/A»                                                                                                                                                                   |
| ADICIÓN                                                                                                    | «N/A»                                                                                                                                                                   |
| SUSPENSIÓN                                                                                                 | «PLAZO DE LA SUSPENSION»                                                                                                                                                |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)                                        | «01, de msrzo,2025»                                                                                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO                                                                                        | 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. |

<sup>1</sup> 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. Prestar apoyo en la recopilación de información en terreno en el marco del objeto contractual                                                                                               | <p>En cumplimiento de esta obligación se realiza sensibilización en el colegio Técnico la Salle el día 07 de febrero de 2025, se sensibilizaron 4 establecimientos en los entornos escolares de los cuales ocupaban el espacio público (vía peatonal) de forma inapropiada invadiéndolo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Igualmente el día 19 de febrero se realizó presencia y revisión de seguridad en el colegio Agustín Nieto Caballero</li> </ul> | Actas y evidencia fotográfica en PDF           | Obligación 1                                            |
| 2. Brindar apoyo logístico en el operativo levantamiento de cambuches, poda o semejantes en el territorio de la localidad de los Mártires, así como en las actividades propias de la entidad.  | Participe el día 10 de febrero en operativo de control el cementerio central.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Acta y evidencia fotográfica en PDF            | Obligación 2                                            |
| 3. Apoyar los operativos de Inspección Vigilancia y Control de acuerdo con la programación que elabore el Alcalde Local y el Profesional especializado del área de Gestión Políciva y Jurídica | *El día 11 de febrero Se realiza IVC a 4 establecimientos de comercio en barrio Samper Mendoza, igualmente el día 17 de febrero en el sector del                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se anexan actas y evidencia fotográfica en PDF | Obligación 3                                            |

### ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                  | PRODUCTOS                                      | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cementerio Central                                                                                                                                                                                                                         |                                                |                                                         |
| 4. Ingresar la información a los dispositivos dispuestos para el manejo de actuaciones administrativas y apoyar en la organización de del archivo de gestión y verificación y depuración documental, incluyendo la digitación.                                                          | Realicé el día 06 de febrero capacitación al nuevo equipo de gestores sobre manejo adecuado del aplicativo, asegurando que todos comprendieran su funcionamiento.                                                                          | Evidencia acta en PDF                          | Obligación 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.                       | Participo el día 04 de febrero a la sensibilización sobre espacio público realizada en estación de Transmilenio Av Jiménez                                                                                                                 | Se anexa acta y evidencia fotográfica en PDF   | Obligación 5                                            |
| 6. Identificar y analizar los riesgos que puedan afectar la convivencia y seguridad ciudadana, es espacio público, el medio ambiente y prevención de riesgo en el territorio de la localidad.                                                                                           | El día 05 de febrero realice la visita lugar de la carrilera entre la calle 19 y 22 con carrera 18, haciendo limpieza y recuperación del espacio público                                                                                   | Se anexa PDF de acta con evidencia fotográfica | Obligación 6                                            |
| 7. Realizar reconocimiento en el campo del territorio asignado, identificando las problemáticas de seguridad y convivencia, espacio público, y gestión del riesgo, en aras de gestionar y hacer seguimiento a la sostenibilidad de la recuperación del espacio público en la Localidad. | El día 18 de febrero participe en <b>mega toma</b> de la plaza de Paloquemao arrojando como resultado 6 establecimientos con cierre preventivo por no cumplir con la normatividad vigente, así como 17 órdenes de comparendo y 4 vehículos | Se anexa PDF de acta con evidencia fotográfica | Obligación 7                                            |

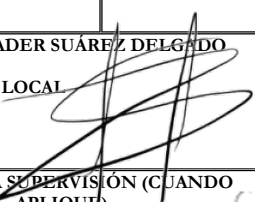
ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                       | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | inmovilizados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                 |                                                         |
| 8. Dar acompañamiento y sensibilización en las zonas donde existan ventas informales, actividades interinstitucionales, con el fin de garantizar la sana convivencia y evitar las aglomeraciones en espacio público de las zonas residenciales y comerciales de la localidad, ferias y eventos de temporada. | El día 14 de febrero realicé el acompañamiento de la supervisión de sanidad, la secretaria de salud realizo visita al establecimiento, incluyendo restaurantes, panaderías, tiendas del sector entre las calles 16 y 17 entre las carreras 15 y 16, igualmente en el barrio Samper Mendoza se realizó sensibilización y acta uso adecuado del espacio público | Se anexa PDF de actas con evidencia fotográfica | Obligación 8                                            |
| 9. Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.                                                                                                                                                                         | Asistí al operativo el día 15 de febrero de 2025, siendo las 9:30 Pm se procede a realizar la visita de inspección y verificación a los bares ubicados en El barrio el Progreso y el Barrio Santa Isabel con el propósito de revisar el cumplimiento de las disposiciones contempladas en la Ley 1801 de 2016                                                 | Se anexa PDF de acta con evidencia fotográfica  | Obligación 9                                            |
| 10. Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.                                                                                                                                                                                       | En cumplimiento de esa actividad se realiza reacción de orden público el día 25 de                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se anexa PDF de acta.                           | Obligación 10                                           |

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS                                                  | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | febrero en el sector de la caracas con calle 2, por alteración de orden público de unos habitantes de calle, sin embargo, se logra controlar la situación asegurando que no representa inseguridad a los transeúntes. |                                                            |                                                         |
| <b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |                                                         |
| <b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD</b>                                                                                                                                                          | <b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL</b> | <b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN</b>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EPS SANITAS                                                                                                                                                                                                           | ARL POSITIVA                                               | COLPENSIONES                                            |
| <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>Firma:</b> <i>Erick Aguilar</i><br><b>Nombre:</b> Erick JenaKarlo Aguilar Vargas<br><b>Cédula:</b> 1.026.598.365                                                                                                   |                                                            |                                                         |
| <b>DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b>                                                                                                                                                                                         |                                                            |                                                         |

**ALCALDÍA LOCAL DE LOS MÁRTIRES**

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                        | ACTIVIDAD                                                                                         | PRODUCTOS                                                                         | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Y/O INTERVENTOR:</b> Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifestado que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato. | <b>Nombre:</b> JOHN JADER SUÁREZ DELGADO<br><b>Cargo:</b> ALCALDE LOCAL<br><b>Firma:</b>          |  |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                 | <b>APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)</b>                                                    |                                                                                   |                                                         |
|                                                                                                                                                                                                 | <b>Nombre:</b> Hernando Espeleta Maiguel<br><b>Cargo:</b> Apoyo a la supervisión<br><b>Firma:</b> |                                                                                   |                                                         |

\*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.



Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                |                 |                    |                        |                     |                    |                       |           |
|-----------------------------------|---------|--------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento | Teléfono           | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1026598365                     |         | AGUILAR VARGAS ERICK JEANKARLO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 57 # 87 d 27 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3027377689         | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                |                 |                    |                        |                     |                    |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                          |                 | Tipo               | Fecha                  |                     | Pago               |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                           | Planilla        | Planilla           | Límite                 | Pago                | Banco              | Días Mora             | Valor     |
| 2025-01                           | 2025-01 | 40437632                       | 9480991334      | I                  | 2025/02/17             | 2025/02/25          | BANCO DE OCCIDENTE | 8                     | \$434,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |               |       |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |          |         |     |        |      |              |        |  |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|---------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|----------|---------|-----|--------|------|--------------|--------|--|
| EMPLEADO                                         |                |            |               |       | PENSION     |             | SALUD     |        |             |             |           | CCF   |             |             |          | RIESGOS |     |        |      | PARAFISCALES |        |  |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo        | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo   | Dias    | IBC | Aporte | Dias | IBC          | Aporte |  |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |            |               |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,300,000 | \$26,000    |          |         | \$0 | \$0    |      | \$0          | \$0    |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |               |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,300,000 | \$26,000    |          |         | \$0 | \$0    |      | \$0          | \$0    |  |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |               |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,300,000 | \$26,000    |          |         | \$0 | \$0    |      | \$0          | \$0    |  |
| 1                                                | CC             | 1026598365 | AGUILAR ERICK | 25-14 | 30          | \$1,423,500 | \$227,800 | EP9005 | 30          | \$1,423,500 | \$178,000 | CCF22 | 30          | \$1,300,000 | \$26,000 | 0       | \$0 | \$0    | 30   | \$0          | \$0    |  |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |               |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |       | \$1,300,000 | \$26,000    |          |         | \$0 | \$0    |      | \$0          | \$0    |  |

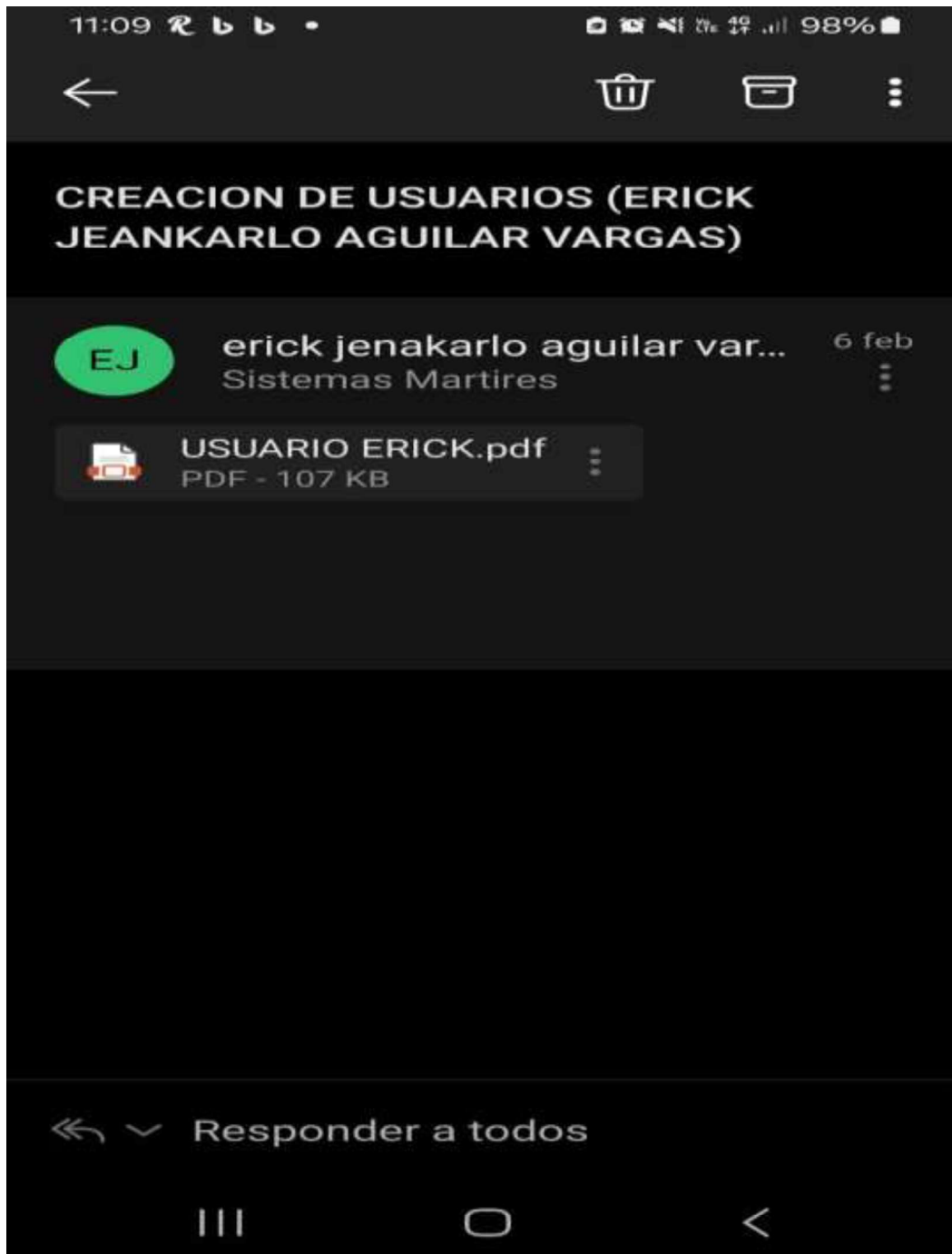


Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                |            |                 |                    |                        |                        |               |                       |
|-----------------------------------|---------|--------------------------------|------------|-----------------|--------------------|------------------------|------------------------|---------------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                   |            | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion              | Ciudad-Departamento    | Teléfono      | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1026598365                     |         | AGUILAR VARGAS ERICK JEANKARLO |            | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 57 # 87 d 27 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.     | 3027377689    | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                |            |                 |                    |                        |                        |               |                       |
| Periodo                           |         | Clave                          |            | Tipo            | Fecha              |                        | Pago                   |               |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                           | Planilla   | Planilla        | Límite             | Pago                   | Banco                  | Días Mora     | Valor                 |
| 2025-01                           | 2025-01 | 40437632                       | 9480991334 | I               | 2025/02/17         | 2025/02/25             | BANCO DE OCCIDENTE     | 8             | \$434,300             |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                                |            |                 |                    |                        |                        |               |                       |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT                            | DV         | AFILIADOS       | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA         | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |                       |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                |            | 1               | \$227,800          | \$1,300                | \$0                    | \$229,100     |                       |
| COLPENSIONES                      | 25-14   | 900,336,004                    | 7          | 1               | \$227,800          | \$1,300                | \$0                    | \$229,100     |                       |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                |            | 1               | \$26,000           | \$200                  | \$0                    | \$26,200      |                       |
| COLSUBSIDIO                       | CCF22   | 860,007,336                    | 1          | 1               | \$26,000           | \$200                  | \$0                    | \$26,200      |                       |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                                |            | 1               | \$178,000          | \$1,000                | \$0                    | \$179,000     |                       |
| SANTITAS                          | EPS005  | 800,251,440                    | 6          | 1               | \$178,000          | \$1,000                | \$0                    | \$179,000     |                       |
| TOTAL                             |         |                                |            | 1               | \$431,800          | \$2,500                | \$0                    | \$434,300     |                       |

#### 4. EVIDENCIA ORFEO

Me permito informar que a la fecha no me fueron activados usuarios de Orfeo. Anexo pantallazo del envío de la información para la creación de usuario.



## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 335 de 2024

Yo, Erick JenaKarlo Aguilar Vargas, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.026.598.365 expedida en la ciudad de Bogotá D.C .

| INFORMACIÓN PERSONAL                                                                                                                              | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Soy Pensionado                                                                                                                                    |    | X  |
| Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)                                                                                        |    | X  |
| Soy Declarante de Renta año 2024                                                                                                                  |    | 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?<br>(Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)          |    | X  |
| ¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)                                    |    | X  |
| ¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)                                                       |    | X  |
| ¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?<br>(Anexar certificación en la primera cuenta) |    | X  |



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## 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?<br>(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?<br>(Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) | X  |    |

Se expide y firma a los (03) días del mes de marzo del 2025.

Firma: \_ *Erick Aguilar*

Nombre: Erick JenaKarlo Aguilar Vargas

C.C: 1.026.598.365

Dirección de correspondencia: Calle 57 sur # 87 D 27

Teléfono de contacto: 3027377689

Correo electrónico institucional:

Correo electrónico personal: Erick20j@outlook.com





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° 335 de 26/12/2024, 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

3

MES

MARZO

AÑO

2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

ERICK JEANKARLO AGUILAR VARGAS

CÉDULA N°

1.026.598.365.

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES

TELÉFONO

3759535

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 |
|------------------------|------------|------|--------------------------|
| MATHIAS AGUILAR VARGAS | HIJO       | 3    | 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.

☐

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 Matrimonio, 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 ó 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

☐

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

\*

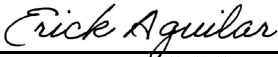
Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT

\*

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 VERDICA 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



REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

61885636

NUIP 1141375642

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código ☐

D T Z

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 68 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

Primer Apellido

AGUILAR

Segundo Apellido

VARGAS

Nombre(s)

MATHIAS

Fecha de nacimiento

Año 2021

Mes MAY

Día 06

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

163734624

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

VARGAS GOMEZ NICOLL STEFANY

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1032505926

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

AGUILAR VARGAS ERICK JEANKARLO

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1026598365

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGUILAR VARGAS ERICK JEANKARLO

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1026598365

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 2021

Mes MAY

Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ASTRID DOLORES BELTRAN VARGAS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que autoriza se hace el reconocimiento

ASTRID DOLORES BELTRAN VARGAS

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: IV. 216 FOLIO 28 7NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES SEGÚN CIRCULAR CONJUNTA 037 DE 27/03/2020; 19/05/2021

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 19 MAYO 2021, CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO



ASTRID DOLORES BELTRAN VARGAS

NOTARIA ENCARGADA, SESENTA Y OCHO (68) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
BOGOTÁ D.C.  
NOTARIA 68  
REGISTRO CIVIL