

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° 181 de 13/02/2023, 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 del proceso

FECHA DE SOLICITUD DÍA 3 MES marzo AÑO 2025

INFORMACIÓN DE LA DILIGENCIA DEL CONTRATISTA

Table with 4 columns: NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA, CÉDULA, UBICACIÓN LABORAL / PROYECTO-SITIO DE TRABAJO, and TELÉFONO. Values include: Iorena Patricia Ortiz Pinzon, 1012354, inspección de policía 6B, and 31246864.

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

Table with 4 columns: NOMBRE Y APELLIDOS, PARENTESCO, EDAD, and INGRESOS DEL DEPENDIENTE. Row 1: SEBASTIAN FELIPE SUAREZ ORTIZ, HIJO, 7 AÑOS.

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

Form section with requirements (Requisito) and checkboxes for various dependency criteria such as age, education, and economic dependence.

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

Signature of the contractor.

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato se deben cumplir los siguientes pasos:
FECHA DE SOLICITUD: Registrar la fecha de presentación del formato en el sistema o en la fecha de entrega de la solicitud.
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registrar el nombre y apellidos de la persona que presenta la solicitud.
CÉDULA: Registrar el número de cédula de quien presenta la solicitud.
UBICACIÓN LABORAL-SITIO DE TRABAJO: Registrar el área, dependencia o proyecto donde labora.
TELÉFONO: Registrar el número de teléfono y extensión del área de dependencia donde labora.
NOMBRE: Registrar el nombre y apellidos completos de la familia que declara como dependiente suyo.
PARENTESCO: Registrar el parentesco de la familia que declara como dependiente suyo.
EDAD: Registrar la edad del familiar que declara como dependiente suyo.
INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registrar los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.
REQUISITO: De acuerdo con los datos suministrados en el formato, marcar con una X la(s) información(es) que se declara como verdadera.
FIRMA DEL CONTRATISTA: Registrar la firma del contratista.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58630307

NUIP

1220225366

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	E	Q	Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. USAQUEN-CLINICA COLSUBSIDIO									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido									
SUAREZ * * * * *				ORTIZ * * * * *									
Nombre(s)													
SEBASTIAN FELIPE * * * * *													
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	1	Mes	D	I	C	Día	1	9	MASCULINO	B	POSITIVO
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 MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	14616248-0 * * * *

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

ORTIZ PINZON LORENA PATRICIA * * * * *	Nacionalidad
Documento de Identificación (Clase y número)	COLOMBIA * * * * *
CC No. 1012354319 * * * * *	

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

SUAREZ PINEDA JOED FERNANDO * * * * *	Nacionalidad
Documento de Identificación (Clase y número)	COLOMBIA * * * * *
CC No. 1012355670 * * * * *	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SUAREZ PINEDA JOED FERNANDO * * * * *	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1012355670 * * * * *	

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	2	0	1	Mes	D	I	C	Día	2	1	FERNANDO FERNANDEZ GUTIERREZ
										Nombre y firma	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -