## 1.DATOS GENERALES

**INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 364580**

**CONTRATO No**. 11-1164-2020 Del 02/10/2020 **SEDE O REGIONAL**: Bogotá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 02/10/2020 HASTA: 31/12/2020

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **GONZALEZ RODRIGUEZ JHON MAICOL**

No. Documento de identificación: **1,032,418,085** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **45590271** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **1 / 2** Mes de Pago: **OCTUBRE** Declarante de Renta: **SI** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

## 2. INFORMACION FINANCIERA

| **VALORES** | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES | **12,415,174.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA) | **0.00** |
| HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA) | **4,045,394.00** |
| PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO | **4,045,394.00** |
| **SALDO PENDIENTE POR PAGAR** | **8,369,780.00** |

**Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 249620 Nro de Factura:**

| Identificador Presupuestal | Recurso | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| C-4199-1500-8-0-4199064-02 | 27 | **4,045,394.00** |

| **APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** | |
|---|---|
| APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*): | **202,200.00** |
| APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*) | **258,900.00** |
| FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*): | **0.00** |
| APORTE VOLUNTARIO AFC (*): | **0.00** |
| APORTE ARL (*): | **8,400.00** |

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

## 3. INFORME DE ACTIVIDADES

| Obligación Contractual | Producto |
|---|---|
| 1.BRINDAR APOYO JURÍDICO A LA DIRECCIÓN DEL ICBF REGIONAL BOGOTÁ Y A LOS GRUPOS DE LA MISMA, EN EL DESARROLLO Y EN EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE TIPO JURÍDICO Y CONTRACTUAL ASIGNADAS DESDE LA DIRECCIÓN, CON EL FIN DE PROPORCIONAR LAS HERRAMIENTAS LEGALES Y NORMATIVAS NECESARIAS EN LO RELACIONADO CON LA CELEBRACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS SUSCRITOS POR LA ENTIDAD. | 1. se realizó seguimiento jurídico a los centros zonales de Barrios Unidos y San Cristóbal para atender los requerimientos jurídicos atendidos por la Directora Regional. |
| 4.APOYAR Y PROPORCIONAR ORIENTACIÓN JURÍDICA EN LA ESTRUCTURACIÓN DE ACTOS ADMINISTRATIVOS Y RESPUESTAS A SOLICITUDES DE INFORMACIÓN, QUEJAS, RECLAMOS, Y DERECHOS DE PETICIÓN ASIGNADOS POR LA DIRECCIÓN REGIONAL, Y REALIZADOS POR PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS ASÍ COMO ORGANISMOS DE CONTROL, EN RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS O MODALIDADES OPERADAS POR EL ICBF REGIONAL BOGOTÁ. | 1. se realizó apoyo y recomendación jurídica frente a las respuestas de organismos de control allegadas a la Dirección Regional ICBF. |
| 6.APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL EN LA VERIFICACIÓN DE LA ADECUADA RESPUESTA DE LAS NECESIDADES PROPIAS DEL ESPECTRO JURÍDICO, ESPECÍFICAMENTE GENERANDO ALERTAS OPORTUNAS FRENTE A RIESGOS DE INCUMPLIMIENTO A LA LEY Y/O DE LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN RELACIÓN CON LAS TAREAS O ACTIVIDADES ASIGNADAS O A CARGO. | 1. Se realizo verificación de los procesos de contratación celebrados por la Regional ICBF Bogotá, publicados en la plataforma electrónica de contratación SECOP 1, para identificar falencias respecto al cumplimiento de políticas establecidas por Colombia Compra Eficiente. |

**CERTIFICACION JURAMENTADA**

**Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 11-1164-2020 DEL 2020.**

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,032,418,085

**CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de cuatro millones cuarenta y cinco mil trescientos noventa y cuatro pesos m/cte.,($ 4,045,394.00).**

**FIRMA:**

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL | FIRMA |
|---|---|---|---|
| DIANA PATRICIA ARBOLEDA RAMIREZ | DIRECTORA ICBF REGIONAL BOGOTÁ | DIRECCIÓN REGIONAL BOGOTÁ | |

**Revisó:**_____

*BOGOTÁ DC., 29/10/2020*

*Documento de cobro No **1***

***EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF***
***Nit. No.899.999.239-2***

*DEBE A:*

***JOHN MAIKOL  MAIKOL GONZÁLEZ RODRIGUEZ***
***NIT. No. 1032418085-9***

*La suma de **cuatro millones cuarenta y cinco mil trescientos noventa y cuatro pesos M/cte**. **($4.045.394**), por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, SOPORTE ADMINISTRATIVO, FINANCIERO Y DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS A CARGO DEL ICBF, del contrato **N° 11-1164-2020** del año 2020.*

Consignar a la cuenta número 01390723110 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

| Periodo de Pago Desde | Periodo de Pago Hasta |
|---|---|
| 02/10/2020 | 30/10/2020 |

***NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS***

***ACTIVIDAD ECONOMICA:*** 6910

| | CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE: | SI/NO |
|---|---|---|
| 1 | *Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 10 del Estatuto Tributario.* | *SI* |
| 2 | *He contratado dos(2) ó más trabajadores asociados a la actividad.* | *NO* |
| 3 | *Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 47.978.000,00)* | *SI* |
| 4 | *• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($ 119.945.000,00 - 2019) ($ 124.624.500,00 - 2020) con el sector privado y/o 4.000 UVT ($ 137.080.000,00 - 2019) ($ 142.428.000,00 - 2020) con el Estado* | *NO* |
| | *• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($ 119.945.000,00 - 2019) ($ 124.624.500,00 - 2020)* | *NO* |
| 5 | *De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:* | *0,00 %* |
| 6 | *He realizado las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y articulo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto* | *SI* |

Cordialmente,



***JOHN MAIKOL  MAIKOL GONZÁLEZ RODRIGUEZ***
*C.C.:* ***1032418085***
*Dirección:* ***KR 147 145 60 QUINTAS DE SANTARITA***
*Celular:* ***3005030714***
*Correo Electrónico:* ***maikol.andje@gmail.com***
*No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas*

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 | 1032418085 | JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRIGUEZ | Kra 147 No 145-60 | 6553488 | maikol.andje@gmail.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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2020-09 | 2020-09 | I | 28/09/2020 | 45590271 | $541.900 |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 233.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 233.400 | 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 | 298.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 298.700 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.800 | | | | 9.800 | 0 | 0 | 9.800 | | | 98 | 9.800 | 1 |

**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 | 233.400 | 233.400 |
| Pensión | 1 | 298.700 | 298.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.800 | 9.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 541.900 | 541.900 |

PAGADA 45590271

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 | 1032418085 | JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRIGUEZ | Kra 147 No 145-60 | 6553488 | maikol.andje@gmail.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 | |
| 2020-09 | 2020-09 | I | 28/09/2020 | 45590271 | $541.900 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 1032418085 | GONZALEZ RODRIGUEZ JOHN MAIKOL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.866.600 | 298.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.866.600 | 233.400 | 14-23 | 1.866.600 | 1 | 9.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14712068271

(415)7707212489984(8020) 000001471206827 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 2 4 1 8 0 8 5 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 2 4 1 8 0 8 5 | 2 0 0 6 0 8 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ | RODRIGUEZ | JOHN | MAIKOL |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 147 145 60 CA 28

42. Correo electrónico: apostoljmgr@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 5 0 3 0 7 1 4 | 9 0 8 9 3 9 8 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6 9 1 0 | 2 0 1 4 0 6 1 8 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 2020 - 09 - 21 / 20 : 19: 15

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ RODRIGUEZ JOHN MAIKOL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad, Octubre 29 de 2020

Señores
**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**
Ciudad

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

Yo, JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRÍGUEZ identificado(a) con C.C. Nº. 1.032.418.085, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

***1.*** Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI ■ NO ☐

***2.*** Que los ingresos por el Contrato N°. 11-0705-2020 del 12 de marzo de 2020, corresponde al concepto de:

■ Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
☐ Cedula de Pensiones
☐ Cedula Dividendos y participaciones

***3.*** **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

**3.1** He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

SI ☐ NO ■

**3.2** En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FECHA DE NACIMIENTO | CALIDAD DE DEPENDENCIA |
|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A |

**NOTA:**
**Decreto 1625 de 2016**. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

***ANEXO:***
Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se

***1.1*** ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
***1.2*** ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
***1.3*** ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
*2.* ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
*3.* ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

**3.3** Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ■

**3.4** Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ■

Cordialmente,

JOHN MAIKOL GONZALEZ RODRÍGUEZ
Cedula: 1.032.418.085 de Bogotá DC

***1.1*** ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

***1.2*** ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

***1.3*** ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

*2.* ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

*3.* ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*