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 FEBRERO DE 2026 **CUENTA DE COBRO NUMERO** **01**

Yo KAROLIN RIOS GALVIZ 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 seencuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI [X] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

SI [ ] **NO** [X] he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES
NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A:

KAROLIN RIOS GALVIZ C.C. 1.016.090.833

Por Concepto de: **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ETAPAS DE LA GESTIÓN PÚBLICA CONTRACTUAL, PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS DEL FDLM.**

Periodo comprendido entre: 19 AL 31 ENERO DE 2026

La suma de: **$ 2.320.000** (DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE)

Tipo de Contrato Prestación de servicios **045-2026CPS-P(146145)** Pago No 01 DE 09

Planilla Pago de seguridad Social No	42102571	y	
Periodo cotizado	Enero	y	
Fecha de pago	03-02-2026	y	
Ingreso Base de Cotización	2.200.000	y	
IBC SEGÚN VALOR COBRADO			**928.000**

Favor Consignar en Banco: BBVA Cuenta Ahorros No 0130000431

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soporte 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 045-2026 CPS-P (146145) celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA:

DIRECCION: Transversal 20ª # 3-57 TELEFONO: 31308808406

Correo electrónico contacto: Karitholuirol@gmail.com

FECHA DE PRESENTACIÓN: 03 DE FEBERO DE 2026 **NÚMERO INFORME: 01** **PERÍODO: ENERO 19 AL 31 DE 2026**	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	045-2026 15 DE ENERO DE 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KAROLIN RIOS GALVIZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	1.016.090.833
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/a
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/a
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	8 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$46.400.000 MCTE
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	88 DE 16 DE ENERO DE 2026 - 2717
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$2.320.000 MCTE
FECHA ACTA DE INICIO	19 DE ENERO DE 2026
PRÓRROGA[1]	N/a
ADICIÓN	N/a
SUSPENSIÓN	N/a
REINICIO	N/a
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/a
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/a
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/a
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$46.400.000 MCTE
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	8 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	18 DE SEPTIEMBRE DE 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS Y CONTABLES EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS ETAPAS DE LA GESTION PUBLICA CONTRACTUAL, PARA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE EJECUCION PRESUPUESTAL DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS DEL FDLM

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	**ARL**	**PENSION**
COMPENSAR	POSITIVA	PORVENIR
NÚMERO DE PLANILLA	**PERIODO COTIZADO**	
42102571	2026-01	

[1] 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

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 1	
Realizar las afiliaciones a la administradora de riesgos laborales de los contratistas que suscriben contrato con el FDLM.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realizaron las afiliaciones correspondientes a los contratistas que suscribieron contrato en el mes de enero 2026.	Obligación1. Anexo.zip
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 2	
Proyectar y remitir el de pagos de riesgos laborales de los contratistas que suscriben con el FDLM al área de presupuestal y contable.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza proyección de pagos de arl riesgo V, año 2025 y 2026.	Obligacion 2. Anexo. Excel
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 3	
Realizar la actualización de los sistemas de información de contratación estatal y en los que se requiera suministrando toda la información de manera oportuna y eficaz de acuerdo con las instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza el seguimiento en Secop II a las suscripciones actuales y a las modificaciones para verificar el cargue completo de documentos.	Obligacion.3. Anexo. Pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 4	
Realizar la actualización semanal de las bases de datos de los contratos suscritos con el FDLM y su información presupuestal y contable.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**

Se realiza la actualización de las modificaciones contractuales de los cps en la Base 2024 y la actualización de las ultimas adiciones y prorrogas faltantes en la Base 2025 contractual.	Obligacion.4. Anexo. Pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 5	
Elaborar el informe mensual y anual de la Contraloría SIVICOF, realizando la respectiva conciliación de las órdenes de pago con los contratos suscritos con el FDLM y enviar a prensa la relación de la contratación para alimentar la página WEB de la Alcaldía Local.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza base 2025 actualizada para la presentación de sivicof. Se realiza el avance de la base 2026 actualizada para la presentación de sivicof.	Obligación 5. anexo. Pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 6	
Proyectar de manera oportuna las respuestas de las solicitudes de información y/o derechos de petición que le sean asignados de manera física y/o a través del sistema de gestión documental Orfeo, conforme los términos legales señalados en la Ley 1755 de 2015.6.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No se realizo esta actividad durante el periodo.	No se realizó esta actividad durante el periodo.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 7	
Realizar el seguimiento a la información contractual de la alcaldía local reportada en el sistema de contratación estatal SECOP I Y II, SIPSE y demás aplicativos distritales verificando que se encuentre actualizada.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza el seguimiento en Secop II a las suscripciones actuales y a las modificaciones para verificar el cargue completo de documentos.	Obligacion.7. Anexo. Pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 8	
Entregar los avances del área de contratación en el plan de metas de gestión, plan de mejora y plan de riesgos y realizar la entrega oportuna de los mismos de conformidad con las solicitudes que lleguen el área de contratación.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**

Se realiza la presentación del reporte plan de mejoramiento.	Obligación 8. Anexo. Pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 9	
Realizar el registro y seguimiento sobre los contratos suscritos con el FDLM de manera que permita llevar el control sobre la ejecución presupuestal y la afectación en los diferentes proyectos.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No se realizó esta actividad durante el periodo.	No se realizó esta actividad durante el periodo.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 10	
Coadyuvar los procesos archivísticos necesarios para el cabal cumplimiento de la organización documental derivada de las actividades propias del desarrollo contractual.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No se realizó esta actividad durante el periodo.	No se realizó esta actividad durante el periodo.
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 11	
Revisar que los informes y cuentas de ejecución de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión se encuentren debidamente cargados en el SECOP II.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realizo la revisión de informes del área de contratación.	Obligacion 11. Anexo. Excel
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 12	
Realizar a través de la Plataforma Moodle, el Curso de Servicio Atención a la Ciudadanía -La Ciudadanía, Nuestra Razón de Ser, durante el tercer mes de ejecución del contrato y aportar el certificado respectivo (cuya vigencia corresponderá a 3 años contados a partir de su expedición) al supervisor para la tercera cuenta de cobro. De igual forma deberá efectuarse el curso "INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION", conforme a lo indicado en el memorando 20254100174483 en la página web de la función pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva_/curso-integridad para el primer pago	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**

Se realizaron los cursos correspondientes	Obligación 12. Documentos PDF

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 13	
Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se asiste a las reuniones convocadas por el supervisor del área.	Obligacion 13. Anexo. pdf

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período 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.
Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.
Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "…los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido…", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: KAROLIN RIOS GALVIZ

Cédula: 1.016.090.833

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JOHN JADER SUAREZ DELGADO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE LOS MARTIRES

Firma: SUAREZ DELGADO JOHN JADER

Firmado digitalmente por SUAREZ DELGADO JOHN JADER
Fecha: 2026.02.04 10:30:16 -05'00'

APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)

Nombre: MARIA ANGELICA NARANJO HERRERA

Cargo: APOYO A LA SUPERVISION

Firma:

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	1016090833	KAROLIN RIOS GALVIZ	CALLE 22F # 85A 78	8069810	karitholuirol@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	
2026-01	2026-01	I	03/02/2026	42102571	$682.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	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	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.500				11.500	0	0	11.500			115	11.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.000	0	0	44.000	1

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	275.000	275.000
Pensión	1	352.000	352.000
Riesgos Laborales	1	11.500	11.500
CCF	1	44.000	44.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	682.500	682.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016090833	KAROLIN RIOS GALVIZ		CALLE 22F # 85A 78	8069810	karitholuirol@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2026-01	2026-01	I	03/02/2026	42102571	$682.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016090833	RIOS GALVIZ KAROLIN	59	0			N																	230301	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	275.000	14-23	2.200.000	1	11.500	CCF24	2.200.000	44.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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


cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index_frames.php
Acción necesaria
rfeo
Version Nueva
AYUDA
INFO
CREDITOS
CONTRASEÑA
ESTADISTICAS
CERRAR
Mis Consultas
Solicitar Anulación
RADICACION
Mis Oficios
Mis Memorandos
CARPETAS
Mis Entrada(2)
Mis Oficios(1)
Mis Memorandos(1)
Mis Visto Bueno(0)
Mis Devueltos(0)
Mis Agendados (0)
Mis Informados (0)
Mis Personales (0)
LISTADO DE:
Oficios
USUARIO:
KAROLIN RIOS GALVIZ
DEPENDENCIA:
Area de Gestion de Desarrollo Local Martires
Radicados:
Buscar
Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.
Seleccione radicados y haga clic en el botón de la acción requerida.
Visto Bueno
Agendar
Cerrar Tramite
Show entries
Search:
Radicado (1)
Fecha Radicado
Asunto (Referencia)
Enviado Por
Dias hábiles en tramite
20236420346771
2023-10-11 18:50 PM
RESPUESTA A REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN 2023EE16889 RADICACDO CONCEJO DE BOGOTA.
ANA.MELO
Anterior
1
Siguiente
Para ver el documento del radicado, haga clic sobre el número del radicado, si está subrayado.
Para ver los detalles del radicado, haga clic en la fecha del radicado.
En la columna "D.P." aparecerá el número de días que restan para responder, si es un derecho de petición.
Si el número de días para responder el radicado se ha vencido, este valor aparecerá en rojo.
Para generar un número de radicado definitivo, seleccione el botón Radicar.
Para actualizar los datos del radicado, seleccione el botón .
Para informar o eliminar informados del radicado, seleccione el botón .
Para reasignar directamente el radicado, seleccione el botón .
Para devolver el radicado, seleccione el botón .
Para anexar archivos o eliminarlos del radicado, seleccione el botón .
Para eliminar el consecutivo temporal, seleccione el botón .
https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/bandejas.php?carpeta=0

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 045 de 2026

Yo, Karolin Ríos Galviz, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.016.090.833expedida en la ciudad de Bogotá D.C.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	**NO**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	**NO**
Soy Declarante de Renta año 2025	**NO**
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	**SI**

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

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)	**NO**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	**NO**
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	**NO**
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**SI**

Se expide y firma a los (03) días del mes de febrero del 2026.

Firma: _____

Nombre: KAROLIN RIOS GALVIZ

C.C: 1.016.090.833

Dirección de correspondencia: Transversal 20ª 3- 57

Teléfono de contacto: 3138808406

Correo electrónico institucional: Karolin.rios@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: Karitholuirol@gmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	**SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**	Código: GCO-GCI-F137 Versión: 04 Vigencia: 21 de febrero de 2025 Caso 124431

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° 210 de 24-04-2025, que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES , teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó 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 ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	03	MES	02	AÑO	2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
KAROLIN RIOS GALVIZ	1.016.090.833	CONTRATACION	3138808406

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

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
JUAN PABLO MORENO RIOS	HIJO	6	N/A

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

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. [X]

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. [ ]

Requisitos: 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
* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos [ ]

Requisitos:

* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protecciór Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal. [ ]

Requisitos:

* 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

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el 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 VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE



FIRMA DEL CONTRATISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014999521

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55900216

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [5 4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [A 3 J]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	RIOS

Nombre(s)

JUAN PABLO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 09	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14974956-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIOS GALVIZ KAROLIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1016090833 de BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO JIMENEZ JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79648974 de BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO JIMENEZ JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79648974 de BOGOTA D.C	

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 SEP Día 13	FEDERICO CASTAÑEDA MARTINEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	FEDERICO CASTAÑEDA MARTINEZ Nombre y firma

EL NOTARIO 64 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. 64

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

55900216