



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 1 de 5

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 974292

CONTRATO No. 08003552026 Del 29/01/2026

SEDE O REGIONAL: Atlántico

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 05/02/2026

HASTA: 30/10/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **YESENIA PEREZ TORRADO**

No. Documento de identificación: **22,730,775**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **9501476515**

Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **2 / 10** Mes de Pago: **MARZO** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	28,839,550.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	2,883,955.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	5,767,910.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	23,071,640.00

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 34826 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704020-4602020-02	10	2,883,955.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	218,863.00
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*):	280,145.00
APORTES FSP (*):	0.00
APORTE ARL (*):	18,279.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*):	0.00
CUENTA DE AHORRO AVC (*):	0.00

(*) 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.

Fecha Creación
3/22/2026 4:05:44 PM

Fecha Impresión:
3/24/2026 6:00:37 PM

Corrección: 0

F1.P17.GF



3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1.PROMOVER HACER SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAR A LOS PARTICIPANTES DEL SERVICIO Y SUS FAMILIAS EN EL ACCESO OPORTUNO A ATENCIONES PRIORIZADAS EN SALUD AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD CONSULTA DE VALORACIÓN INTEGRAL VACUNACIÓN Y ATENCIÓN PRENATAL	Se cumplió con la promoción, seguimiento y acompañamiento a los participantes y sus familias para el acceso oportuno a atenciones priorizadas en salud, incluyendo afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, consulta de valoración integral, vacunación y atención prenatal. UDS MI NIDO CREATIVO Y MI PEQUEÑIN DE LA ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA LOS COMUNEROS UDS MI PEQUEÑA CILE Y UN MEJOR MAÑANA DE LA ASOCIACION DE PADRES USUARIOS, OTRAS MODALIDADES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS EL CARMEN N° 2 UDS FAMILIAS SONRIENTES DEL CABILDO INDIGENA MOKANA DE MALAMBO
2.ANALIZAR CONJUNTAMENTE LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR, PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN EN SALUD ALIMENTARIA EN EL MARCO DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN Y LA SOBERANÍA ALIMENTARIA, PROMOVRIENDO LACTANCIA HUMANA EXCLUSIVA Y COMPLEMENTARIA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, SEGURA Y CULTURALMENTE ADECUADA	Durante el mes de febrero se analizaron conjuntamente los resultados del proceso de caracterización sociofamiliar, lo que permitió orientar acciones y desarrollar estrategias de educación en salud alimentaria. Estas acciones se enmarcaron en el derecho humano a la alimentación y la soberanía alimentaria, promoviendo la lactancia humana exclusiva y complementaria, así como una alimentación saludable, segura y culturalmente adecuada en las familias participantes. UDS MI PEQUEÑA CILE Y UN MEJOR MAÑANA DE LA ASOCIACION DE PADRES USUARIOS, OTRAS MODALIDADES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS EL CARMEN N° 2 UDS LAS CARICIAS DE MAMA, LA ALEGRIA DE LOS NIÑOS,FAMILIAS ALEGRES, MADRES CARIÑOSAS,CRECIENDO JUNTOS, GENESIS, FAMILIAS SONRIENTES, MIS BEBES CONSENTIDO CABILDO INDIGENA MOKANA DE MALAMBO UDS BENDICION DE DIOS, MI DULCE HOGAR ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES DE BIENESTAR DE MALAMBO II
3.REALIZAR PERIÓDICAMENTE LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS A CADA NIÑA, NIÑO Y PERSONA EN ESTADO DE GESTACIÓN PARTICIPANTE EN LAS (20) A (25) UDS CADA 3 MESES EN LA TOTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS; SEMANALMENTE (CADA 7 DÍAS) A QUIENES PRESENTAN DESNUTRICIÓN AGUDA Y CADA (15) DÍAS A QUIENES ESTÁN EN RIESGO DE NUTRICIÓN AGUDA. HACER SEGUIMIENTO A LOS RESULTADOS Y DISEÑAR ACCIONES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DEL SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL, CONFORME A LAS ORIENTACIONES DEFINIDAS EN MANUALES TÉCNICOS GUÍAS OPERATIVAS Y DEMÁS DOCUMENTOS APLICABLES	durante el mes de marzo se realizó la toma periódica de medidas antropométricas a niñas, niños y gestantes en las UDS, conforme a la periodicidad establecida: LAS CARICIAS DE MAMA, LA ALEGRIA DE LOS NIÑOS, MADRES CARIÑOSAS, MIS BEBES CONSENTIDOS.CABILDO INDIGENA MOKANA DE MALAMBO Asimismo, se efectuó el seguimiento a los resultados y se definieron acciones en el marco del sistema de seguimiento nutricional, de acuerdo con los lineamientos técnicos vigentes:PERSONAJES DEL FUTURO, UN NUEVO SER, GOTITAS DE AMOR ASOCIACION DE PADRES USUARIOS, OTRAS MODALIDADES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS EL CARMEN N° 2



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 3 de 5

<p>4.CUALIFICAR Y ACOMPAÑAR A MADRES Y PADRES COMUNITARIOS EN LA TOMA DEL PERÍMETRO BRAQUIAL, IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS FÍSICOS ASOCIADOS A DESNUTRICIÓN AGUDA E IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA PRIMERA INFANCIA</p>	<p>Durante el mes de marzo se cualificó y acompañó a madres y padres comunitarios en la toma del perímetro braquial, así como en la identificación de signos físicos asociados a desnutrición aguda y signos de alarma de enfermedades prevalentes en la primera infancia, fortaleciendo sus capacidades para la detección oportuna y la activación de rutas de atención. UDS MI PRIMERA INFANCIA,RENACER,MIS PEQUEÑOS AMORES,HIJOS CON AMOR,MI PRIMERA ILUSION DE LA ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES DE BIENESTAR MALAMBO EL PORVENIR.</p>
<p>5.REALIZAR LA CANALIZACIÓN Y ACTIVAR LA RUTA DE ATENCIÓN EN SALUD PARA CASOS DE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA COMO PARTICIPANTES SIN ATENCIONES PRIORIZADAS O CON SIGNOS DE ALARMA Y PELIGRO EN PRIMERA INFANCIA, ASÍ COMO EN BROTES DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, PREVALENTES, TRANSMITIDA POR VECTORES O POR ALIMENTOS ENTRE PARÉNTESIS ETA, EN COORDINACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y SEGÚN LAS ORIENTACIONES DE LAS GUÍAS OPERATIVAS.</p>	<p>Se realizó la canalización y activación de la ruta de atención en salud para los casos identificados de desnutrición aguda moderada y severa, en articulación con el equipo interdisciplinario y conforme a las orientaciones establecidas en las guías operativas, garantizando la atención oportuna de los participantes. DE LAS UDS ASOCIACION DE PADRES USUARIOS, OTRAS MODALIDADES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS EL CARMEN N° 2</p>
<p>6.ELABORAR CICLOS DE MENÚ DE ACUERDO CON LA MINUTA PATRÓN ESTABLECIDA POR EL ICBF, CONCERTANDO CON MADRES COMUNITARIAS Y FAMILIAS, TENIENDO EN CUENTA PRÁCTICAS CULTURALES DE ALIMENTACIÓN Y CONSUMO, Y HACER SEGUIMIENTO A SU APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS</p>	<p>En las visitas realizadas a las Unidades de Servicio (UDS) del programa FAMI Bienvenir, se evidenció su adecuada implementación y seguimiento, garantizando el cumplimiento de las orientaciones nutricionales y una alimentación equilibrada y pertinente para los participantes.</p>
<p>7.CONSTRUIR, EN ARTICULACIÓN CON EL TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD DE SERVICIO, Y HACER SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE SANEAMIENTO BÁSICO Y EL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA. APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA AL TALENTO HUMANO PARA GARANTIZAR CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS OFRECIDOS, SEGÚN LAS ORIENTACIONES DE LA GUÍA OPERATIVA</p>	<p>En el marco de las visitas realizadas a las Unidades de Servicio (UDS), se verificó que estas cuentan con el manual de buenas practicas de manufactura y el Plan de Saneamiento Básico construido en articulación con el talento humano, cumpliendo con los lineamientos establecidos para la garantía de condiciones higiénico- sanitarias adecuadas. Dichos planes incluyen componentes relacionados con el manejo de agua segura, disposición adecuada de residuos, control de plagas, limpieza y desinfección</p>



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 4 de 5

8.PARTICIPAR, DE FORMA ARTICULADA CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, EN UNA (1) JORNADA MENSUAL DE CUALIFICACIÓN DEL TALENTO HUMANO Y REFLEXIÓN PEDAGÓGICA, PARA FORTALECER LAS ACCIONES DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN SEGÚN NECESIDADES IDENTIFICADAS Y CARACTERIZACIÓN

Se participó de manera articulada con el equipo interdisciplinario en la jornada mensual de cualificación del talento humano y reflexión pedagógica, orientada al fortalecimiento de las acciones del componente de salud y nutrición, de acuerdo con las necesidades identificadas y los resultados de la caracterización.
UDS BENDICION DE DIOS, MI DULCE DE LA HOGAR ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES DE BIENESTAR DE MALAMBO II.
UDS MI PRIMERA INFANCIA,RENACER,MIS PEQUEÑOS AMORES,HIJOS CON AMOR,MI PRIMERA ILUSION DE LA ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES DE BIENESTAR MALAMBO EL PORVENIR.

9.ACOMPAÑAR LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN (ENCUENTROS FAMILIARES, GRUPALES Y ACOMPAÑAMIENTO REMOTO) Y A CUIDADORES, PARA ENRIQUECER PRÁCTICAS DE CUIDADO Y CRIANZA, REALIZAR CONSEJERÍA EN LACTANCIA HUMANA, PREVENIR ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA, IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA Y FORTALECER A LAS FAMILIAS FRENTE A LA GARANTÍA Y EXIGIBILIDAD DE SUS DERECHOS (REGISTRO CIVIL, VACUNACIÓN, ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIONES ESPECIALIZADAS) SOBERANÍA ALIMENTARIA, ENTRE OTROS, SEGÚN ANÁLISIS DEL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN

Durante el mes de marzo en la UDS visitadas se acompañaron las estrategias de atención a través de encuentros familiares, grupales y con cuidadores, orientados al fortalecimiento de prácticas de cuidado y crianza. Asimismo, se brindó consejería en lactancia humana y se promovió el reconocimiento y exigibilidad de derechos relacionados con registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y soberanía alimentaria en las familias participantes.

10.PARTICIPAR DE MANERA ACTIVA Y PUNTUAL EN REUNIONES, ESPACIOS DE ARTICULACIÓN Y JORNADAS DE TRABAJO CONVOCADAS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS), EL ICBF Y DEMÁS ENTIDADES TERRITORIALES, PARA FORTALECER LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL, EL SEGUIMIENTO TÉCNICO Y LA IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA DEL SERVICIO EN EL TERRITORIO. ASÍ MISMO, ASISTIR Y PARTICIPAR EN MESAS, COMITÉS E INSTANCIAS INTERNAS DEL ICBF E INTERSECTORIALES DONDE SE MOVILICEN ACCIONES DEL COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN PERTINENTES PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

Se participó de manera activa y puntual en reuniones, espacios de articulación y jornadas de trabajo convocadas por la Entidad Administradora del Servicio (EAS), ASOCIACION DE PADRES USUARIOS, OTRAS MODALIDADES DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS EL CARMEN N° 2 para la socialización del componente de salud y nutrición y sus líneas de acción.



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 5 de 5

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 08003552026 DEL 2026.

Firma del Contratista: *Yesenia Perez Forrado*
C.C No.: 22,730,775

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 dos millones ochocientos ochenta y tres mil novecientos cincuenta y cinco pesos m/cte.,(\$ 2,883,955.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ANA ALICIA TORRES MUNÓZ	COORDINADORA	CENTRO ZONAL HIPODROMO	<i>Ana</i>

Revisó: _____

Documento de Cobro n° 2

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

DEBE A:
YESENIA PEREZ TORRADO
NIT. No. 22.730.775

La suma de **dos millones ochocientos ochenta y tres mil novecientos cincuenta y cinco pesos M/cte. (\$2.883.955)**, por concepto de **prestar servicios profesionales para el fortalecimiento de los servicios de atención de la modalidad familiar y comunitaria del ICBF, de acuerdo con los lineamientos institucionales, manuales técnicos, guías operativas y la política “de cero a siempre, del contrato N° 08003552026 del año 2026.**

Consignar a la cuenta número 322571688 del banco Bogotá tipo de cuenta ahorros

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/03/2026	31/03/2026

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONÓMICA

8692

CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:		SI/NO
1	Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.	SI
2	El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato. SI – Aplica retención por Honorarios/Servicios (11%,10% o 6%,4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de servicios personales. NO - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)	NO
3	Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, (\$67.719.000-2025)	NO
4	<ul style="list-style-type: none"> 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 (\$183.309.000-2026) (\$174.297.000-2025) con el sector privado o 4.000 UVT (\$209.496.000-2026) (\$199.196.000-2025) con el Estado. 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 (\$183.309.000-2026) (\$174.297.000-2025) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT (\$209.496.000-2026) (\$199.196.000-2025). 	NO
5	De acuerdo con el párrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:	<u>0,00%</u>
6	<p>*PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL: He realizado el pago de 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 párrafo 2 artículo 108 del ET y artículo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (Pago anticipado de seguridad social, <u>aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta</u>)</p> <p>* PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL: He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, <u>No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta</u>),</p>	NO
		SI

Cordialmente,



YESENIA PEREZ TORRADO

C.C. 22.730.775 Luruaco

Dirección: Cra 19A#22-76 Sabanalarga Atlántico

Celular: 3006731865

Correo Electrónico: Yesenia.perez@icbf.gov.co

No responsable del Impuesto sobre las ventas

Soledad, 23, Marzo de 2026

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, PEREZ TORRADO YESENIA identificado(a) con CC N.º 22730775, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2277 de 2022 "Reforma Tributaria para la Igualdad y la Justicia Social" y Decreto 2231 del 22 diciembre de 2023, 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.º.08003552026 del 29 de Enero de 2026, corresponde al concepto de:

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

3. **BENEFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 3.1. El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar los costos y gastos procedentes en desarrollo de esta actividad. (Artículo 206, 383 E.T, Parágrafo 2 y Art- 392 E.T)

(SI- Aplica retención por Honorarios/Servicios (11%,10% o 6%,4% - Art.392) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de servicios personales).

(NO - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (Renta exenta 25%))

SI NO

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18 y Ley 2277 de 2022 Artículo 9, Artículo 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
AHUMADA PEREZ SOFIA ISABEL	1043005855	12/05/2009	Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad
AHUMADA PEREZ JULIANA	1043013109	06/09/2011	Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad

NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y 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 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.

.NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

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 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.

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.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCPC, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2026 .

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,



PEREZ TORRADO YESENIA

CC 22730775

Celular:

correo: torrado1161@gmail.com

Fecha de impresión: **3/23/2026 8:59:39 PM**

NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

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.



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

NUIP 1.043.005.855

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39548778

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Numero Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código C 3 V

Pais Departamento Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SABANALARGA - COLOMBIA - ATLANTICO - SABANALARGA

Datos del inscrito

Primer Apellido AHUMADA Segundo Apellido PEREZ

Nombre(s) SOFIA ISABEL

Fecha de nacimiento Año 2009 Mes MAY Día 12 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 51784781-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos PEREZ TORRADO YESENIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 22.730.775

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos AHUMADA CORONADO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número) CC 8.642.119

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos AHUMADA CORONADO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número) CC 8.642.119

Firma *Juan Carlos Ahumada Coronado*

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 2009 Mes JUN Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza VIDAL HEREDIA QUINTANA - REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
QUE EN FOTOCOPIA EXPEDIDA
CON DESTINO A PARTE INTERESADA
VALIDA PARA:
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
SABANALARGA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 7 8 7 7 8 *
* 5 4 8 7 7 8 *
* 9 5 4 8 7 7 8 *
* 3 9 5 4 8 7 7 8 *

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

51656875

NUIP **1.043.013.109**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **C 3 V**

Estado - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SABANALARGA - COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA

Datos del inscrito

Primer Apellido **AHUMADA** Segundo Apellido **PEREZ**

Nombre(s) **JULIANA** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Fecha de nacimiento Año **2011** Mes **SEP** Día **06** Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **10939181-1**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **PEREZ TORRADO YESENIA** Nacionalidad **COLOMBIA**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 22.730.775**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **AHUMADA CORONADO JUAN CARLOS** Nacionalidad **COLOMBIA**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 8.642.119**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **AHUMADA CORONADO JUAN CARLOS** Firma **Juan C Ahumada C**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 8.642.119**

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 **2011** Mes **SEP** Día **14** Nombre y firma del funcionario que autoriza **ARTURO JACINTO CAMARGO JIMENEZ**

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22730775		PEREZ TORRADO YESENIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 19 N 25 139	SABANALARGA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000848	9501476515	I	2026/03/17	2026/03/16	BANCO DE BOGOTA	0	\$631,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$326,400	\$0	\$0	\$326,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$326,400	\$0	\$0	\$326,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$49,700	\$0	\$0	\$49,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,000	\$0	\$0	\$255,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$255,000	\$0	\$0	\$255,000	
TOTAL				1	\$631,100	\$0	\$0	\$631,100	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22730775		PEREZ TORRADO YESENIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 19 N 25 139	SABANALARGA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000000848	9501476515	I	2026/03/17	2026/03/16	BANCO DE BOGOTA	0	\$631,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0
Ciudad: SABANALARGA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0
1	CC 22730775	PEREZ YESENIA	230301	30	\$2,040,000	\$326,400	EPS037	30	\$2,040,000	\$255,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,040,000	\$49,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$2,040,000	\$326,400			\$2,040,000	\$255,000			\$0	\$0			\$2,040,000	\$49,700		\$0	\$0