

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E  
INFORME DE ACTIVIDADES**

**FECHA DE PRESENTACIÓN: 3 de Marzo de 2026  
NÚMERO INFORME: 1  
PERÍODO: 26 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025**

**DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO**

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CPS-1065-2025 del 25 de Noviembre de 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CESAR STEVEN TOCORA PEREZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C. 1022327202 BOGOTÁ D.C.
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	30 DÍA(S) CALENDARIO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	8.150.000 OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	0230117459920242711
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	1.358.333 UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE
FECHA ACTA DE INICIO	26 de Noviembre de 2025
PRÓRROGA	
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	8.150.000 OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	30 DÍA(S) CALENDARIO
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	25 de Diciembre de 2025
OBJETO DEL CONTRATO	APOYAR JURÍDICAMENTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA EL TRÁMITE E IMPULSO PROCESAL DE LAS ACTUACIONES CONTRAVENCIONALES Y/O QUERELLAS QUE CURSEN EN LAS INSPECCIONES DE POLICÍA DE LA LOCALIDAD.

**APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL**

EPS	ARL	PENSION
COMPENSAR	POSITIVA	PROTECCION
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
91299645	Noviembre	



## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

### DESARROLLO DEL INFORME

#### OBLIGACIÓN 1

Revisar y analizar jurídicamente las actuaciones asignadas por el Inspector de Policía, emitir o proyectar el respectivo diagnóstico y establecer la actuación jurídica a seguir, conforme con la naturaleza del proceso

#### ACTIVIDAD

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

#### OBLIGACIÓN 2

Proyectar, para revisión y aprobación del Inspector de Policía, los actos que impongan medidas correctivas u ordenes de policía, conforme con la normatividad vigente.

#### ACTIVIDAD

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

#### OBLIGACIÓN 3

Proyectar, para revisión y aprobación del Inspector de Policía, los actos por medio de los cuales se resuelvan los recursos interpuestos contra las decisiones adoptadas por los Comandantes de estación, Subestación y el personal uniformado de la Policía Nacional.

#### ACTIVIDAD

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

#### MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

#### OBLIGACIÓN 4

Apoyar en la revisión del registro y actualización de las actuaciones y querellas que le asigne el Inspector de Policía para impulso, en el Aplicativo ARCOo el sistema dispuesto para su seguimiento, en caso contrario, proceder a informar para que el personal administrativo de la



# CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

Inspeccion de Policia proceda a su registro y actualizacion Registrar en el Aplicativo ARCO el tramite realizado de los expedientes asignados, con el fin de darles cierre o el impulso respectivo Acompañar al Alcalde (sa) Local y/o al Inspector de Policia a los operativos de Inspeccion, Vigilancia y Control en materia de seguridad, tranquilidad, ambiente y recursos naturales, actividad economica, urbanismo, espacio publico y libertad de circulacion, conforme con las instrucciones que estos le impartan y los lineamientos distritales, en el marco de las normas vigentes.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

### OBLIGACIÓN 5

Registrar en el Aplicativo ARCO el tramite realizado de los expedientes asignados, con el fin de darles cierre o el impulso respectivo.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

### OBLIGACIÓN 6

Acompañar al Alcalde (sa) Local y/o al Inspector de Policia a los operativos de Inspeccion, Vigilancia y Control en materia de seguridad, tranquilidad, ambiente y recursos naturales, actividad economica, urbanismo, espacio publico y libertad de circulacion, conforme con las instrucciones que estos le impartan y los lineamientos distritales, en el marco de las normas vigentes.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO

### OBLIGACIÓN 7

Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atencion de los asuntos relacionados con el objeto contractual.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL





## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO
<b>OBLIGACIÓN 8</b>	
Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
SE REALIZA PRESENTACION DEL INFORME PARA ESTE PERIODO NOVIEMBRE 2025	SE PRESENTA Y SE CARGA EN SECOP II EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL PERIODO DE NOVIEMBRE DE 2025
<b>OBLIGACIÓN 9</b>	
Entregar, mensualmente, el archivo de los documentos suscritos que haya generado en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO	NO SE ASIGNARON PARA ESTE PERIODO
<b>OBLIGACIÓN 10</b>	
Las demas que se le asignen y que surjan de la naturaleza del Contrato.	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b>
SE DA RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICION ASIGNADOS POR MEDIO DE LOS SIGUENTES RADICADOS Rad 20255810199512 Rad 20255810219732 Rad 20255810231532 Rad 20255810232022	SE CARGAN LAS EVIDENCIAS DENTRO DE LA CARPETA COMPRIMIDA DEL MES DE NOVIEMBRE 2025



### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

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)

**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, certifiqué 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.

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: CESAR STEVEN TOCORA PEREZ  
Cédula: 1022327202

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

REVISIÓN DOCUMENTAL

Nombre: EDWIN JAVIER CIFUENTES VILLAMIZAR

Cargo: PROFESIONAL ESPACIALIZADO 222-24

Firma:





SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 1 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-1065-2025, por un valor de \$ 1.358.333, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 26 de Noviembre de 2025 al 30 de Noviembre de 2025.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 91299645 correspondiente al mes de Noviembre de 2026, para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,

**CESAR STEVEN TOCORA PEREZ**

**C.C. 1022327202 BOGOTÁ D.C.**

**Correo electrónico: cesartocora1019@hotmail.com**

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen 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 Bogota D.C, 3 de Marzo de 2026 CUENTA DE COBRO NUMERO 1

Yo CESAR STEVEN TOCORA PEREZ 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:

- 1 SI [X] NO [ ] Pertencen a rentas de trabajo
2 SI [ ] NO [X] he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY
NIT 899.999.061-9
Transversal 78k # 41a - 04 sur Teléfono 4481400 -4511321

DEBE A:

CESAR STEVEN TOCORA PEREZ C.C. 1022327202

Por Concepto de: APOYAR JURÍDICAMENTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA EL TRÁMITE E IMPULSO PROCESAL DE LAS ACTUACIONES CONTRAVENCIONALES Y/O QUERELLAS QUE CURSEN EN LAS INSPECCIONES DE POLICÍA DE LA LOCALIDAD.

Periodo comprendido entre: 26 de Noviembre de 2025 y 30 de Noviembre de 2025

La suma de : 1.358.333 UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

Tipo de Contrato CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CPS-1065-2025 Pag o No 1 DE 2
Planilla Pago de seguridad Social No 91299645 y
Periodo cotizado Noviembre y
Fecha de pago 2025-11-07 y
Ingreso Base de Cotización 543.333 y

IBC SEGÚN VALOR COBRADO 543.333

Favor Consignar Banco en : BANCOLÓMBIA Cuenta AHORROS No 22194333736

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 CPS-1065-2025, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY 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: [Signature]
CALLE 128B NO 89 85 INT 5
DIRECCION: APTO 103 TELEFONO: 3107626559
correo electronico contacto: cesartocora1019@hotmail.com



# ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			

CPS-1065-2025

Para este contrato no se tenia acceso al aplicativo ORFEO

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-1065-2025

Yo, CESAR STEVEN TOCORA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022327202 expedida 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	SI
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.	NO

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 cumpla 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)	SI
¿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 (3) días del mes de Marzo del 2026.

Firma: 

Nombre: CESAR STEVEN TOCORA PEREZ  
C.C: 1022327202 de BOGOTÁ D.C.  
Dirección de correspondencia: CALLE 128B NO 89 85 INT 5 APTO 103  
Teléfono de contacto: 3107626559  
Correo electrónico institucional: cesartocora1019@hotmail.com  
Correo electrónico personal: cesartocora1019@hotmail.com

## SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-1065-2025

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-1065-2025 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y CESAR STEVEN TOCORA PEREZ, identificado(a) con el número de documento C.C. 1022327202 BOGOTÁ D.C., certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 1 presentado para el período comprendido entre el 26 de Noviembre de 2025 y el 30 de Noviembre de 2025.

Así mismo, certifico que 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.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$1.358.333

En constancia se firma a los 3 días del mes de Marzo de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO  
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY  
(ENCARGADO)  
SUPERVISOR



EDWIN JAVIER CIFUENTES VILLAMIZAR  
REVISIÓN DOCUMENTAL

## ALCALDÍA DE KENNEDY

### ACTA DE INICIO

#### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1065 de 2025

**CONTRATISTA:** TOCORA PEREZ CESAR STEVEN

**OBJETO:** APOYAR JURÍDICAMENTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES REQUERIDAS PARA EL TRÁMITE E IMPULSO PROCESAL DE LAS ACTUACIONES CONTRAVENCIONALES Y/O QUERELLAS QUE CURSEN EN LAS INSPECCIONES DE POLICÍA DE LA LOCALIDAD.

**VALOR:** \$ 8.150.000,00

**PLAZO:** 1 mes(es)

El día 26 de NOV de 2025 se reunieron TOCORA PEREZ CESAR STEVEN , mayor de edad, con C.C. No 1022327202, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1065 de 2025, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,



**TOCORA PEREZ CESAR STEVEN**

C.C. No 1022327202

Por la ALCALDÍA DE KENNEDY,



**KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA**

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:08/06/2023

CONTRIBUYENTE

C.C. 1022327202

CESAR STEVEN TOCORA PEREZ

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 128 B 89 85 BL 5 ap 103      Teléfonos: 3107626559  
 Dirección electrónica: cesartocora1019@hotmail.      Ciudad: BOGOTÁ DC      Municipio: BOGOTÁ, D.C.  
 Fecha de Inscripción: 28/02/2018      Soporte Inscripción: -

## PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL      Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA      Fecha desde: 08/06/2023  
 Matrícula Mercantil:NO      Fecha inicio de Actividades: 02/01/2022      Fecha de cese de Actividades: NO      No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69102 - ACTIVIDADES JURIDICAS EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

## ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

## REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la  
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

# Certificación Bancaria

Martes, 06 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CESAR STEVEN TOCORA PEREZ identificado(a) con CC 1022327202, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	22194333726	2013-02-28	ACTIVO	*****

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) CESAR STEVEN TOCORA PEREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022327202, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Noviembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
30573688

CER-AFI

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **TOCORA PEREZ CESAR STEVEN** identificado(a) con **CC** número **1.022.327.202** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de junio de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de noviembre de 2025.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



# 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° 333 de 22/02/2024 que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE REGISTRO Y NOTARÍA CALLE 100 # 11-11, 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       MES       AÑO

### INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA</b>	<b>CÉDULA N°</b>	<b>UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)</b>	<b>TELÉFONO</b>
CESAR STEVEN TOCORA PEREZ	1022327202	INSPECCION DE POLICIA	3107626559

**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
ABEL FRANCISCO TOCORA MONTOYA	HIJO	5AÑOS	0

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.

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 Protección 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 VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES

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 requerido 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 60760478

NUIP 1016968751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría, Notaría, Número, Consulado, Corregimiento, Inspección de Policía, Código

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 51 BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito
Primer Apellido: TOCORA
Segundo Apellido: MONTOYA
Nombre(s): ABEL FRANCISCO
Fecha de nacimiento: 2020 JUN 01
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 15999022-6

Datos de la madre o padre
Apellidos y nombres completos: MONTOYA GOMEZ DIANA CAROLINA
Documento de identificación: CC No. 1015414062
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre
Apellidos y nombres completos: TOCORA PEREZ CESAR STEVEN
Documento de identificación: CC No. 1022327202
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: TOCORA PEREZ CESAR STEVEN
Documento de identificación: CC No. 1022327202
Firma: [Handwritten Signature]

Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación:
Firma:

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación:
Firma:

Fecha de inscripción: 2020 JUN 04
Nombre y firma del funcionario que autoriza: RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ

Reconocimiento paterno: [Handwritten Signature]
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ

ESPACIO PARA NOTAS
OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMO 134 FOLIO 070;04/08/2020



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

THOMAS GREG & SONS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022327202	CESAR STEVEN TOCORA PEREZ		calle 128b no 89 85 interior 5 apto 103	3125889421	cesartocora1019@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-11	2025-11	I	07/11/2025	91299645	\$805.200	

## 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	330.000	0		0		0	0	0	0	330.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	422.400	0	0	0	0	0	0	0	422.400	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										

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	52.800	0	0	52.800	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	330.000	330.000
Pensión	1	422.400	422.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	52.800	52.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>805.200</b>	<b>805.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022327202	CESAR STEVEN TOCORA PEREZ		calle 128b no 89 85 interior 5 apto 103	3125889421	cesartocora1019@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	07/11/2025	91299645	\$805.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Exonerado	Cotización	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1022327202	TOCORA PEREZ CESAR STEVEN	3	0	N																			230201	2.640.000	422.400	0	0	0	0	EPS008	2.640.000	330.000		0		0	CCF24	2.640.000	52.800	0	0	0	0	0

# PAGADA

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) CESAR STEVEN TOCORA PEREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1022327202, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/10/2024 hasta 30/09/2025 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS 1.651.860,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/10/2024 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
22147425	20241007	\$ 137,655
22147426	20241108	\$ 137,655
22147434	20250704	\$ 137,655
22147428	20250107	\$ 137,655
22147431	20250402	\$ 137,655
22147427	20241204	\$ 137,655
22147433	20250603	\$ 137,655
22147436	20250904	\$ 137,655
22147430	20250309	\$ 137,655
22147432	20250502	\$ 137,655
22147435	20250805	\$ 137,655
22147429	20250210	\$ 137,655
<b>Total</b>		<b>\$ 1,651,860</b>

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 1 días del mes de febrero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13527580

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) CESAR STEVEN TOCORA PEREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1022327202, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/10/2025 hasta 30/09/2026 por el cual ha cancelado la suma de SEISCIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS 615.720,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/10/2025 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
23945845	20251003	\$ 153,930
23945847	20251205	\$ 153,930
23945848	20260106	\$ 153,930
23945846	20251106	\$ 153,930
<b>Total</b>		<b>\$ 615,720</b>

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 1 días del mes de febrero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13527581

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

CESAR STEVEN TOCORA PEREZ identificado con CC. 1022327202 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
<b>Nombres y/o Razón</b>	SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO		
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 899999061	<b>Nit descentralizado</b>	6

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2025/11/25	<b>Fecha inicio contrato</b>	2025/01/01
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2025/03/21
<b>Riesgo</b>	5	<b>Código actividad económica</b>	5842302 - ORDEN PUBLICO Y ACTIVIDADES DE SEGURIDAD, INCLUYE ADMINISTRACION Y FUNCIONAMIENTO DE
<b>Estado afiliación</b>	Inactivo	<b>Estado del contrato</b>	Retirado
<b>Fecha retiro</b>	2025/12/31		

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16032026C1022327202T13663006**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
 DE TODOS LOS  
 COLOMBIANOS