CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	CÓDIGO	PA-GJ-SPGC-FO-IM-06	FECHA EMISIÓN	2/04/2025	VERSIÓN: 2

CUENTA DE COBRO	SI X	NO	DATOS DE LA FACTURA	SI	NO x
EL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA - NIT 832.001.640-7 DEBE A: EDNA GABRIELA GUAQUETA GUEVARA Por concepto De: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA, ENCAMINADAS A LA CORRECTA GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA. la suma de: **DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.700.000)**			No. DE FACTURA:		
			RESOLUCIÓN DIAN:		
			FECHA:		
			VALOR:		

FIRMA DEL CONTRATISTA	Edna Gabriela Guaqueta Guevara.

CERTIFICACIÓN DEL 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, durante el periodo relacionado.

Que de igual forma, el contratista ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral y parafiscal en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, artículo 23 de la ley 1150 y artículo 135 de la ley 1753 de 2015.

En razón a ello, autorizo el pago conforme a la información descrita en el presente informe.

APROBÓ:	JENNY PAOLA HERNANDEZ GUIO	

CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	CÓDIGO	PA-GJ-SPGC-FO-IM-06	FECHA EMISIÓN	2/04/2025	VERSIÓN: 2

CONTRATO No.:	CPS-047-2026				
PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN :	02 DE FEBRERO AL 01 DE MARZO DEL 2026			No. DE PAGO:	1
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	EDNA GABRIELA GUAQUETA GUEVARA			C.C. / NIT:	10735071307
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA, ENCAMINADAS A LA CORRECTA GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA.			PLAZO DE EJECUCIÓN:	OCHO (08) MESES
				FECHA DE INICIO:	02 DE FEBRERO DE 2026
				FECHA DE TERMINACIÓN	01 DE OCTUBRE DE 2026
				PLAZO DE PRORROGA:	N/A
ADICIÓN Y PRORROGA	N/A	FECHA INICIO PRORROGA	N/A	FECHA FIN DE PRORROGA	N/A
CESIÓN DE CONTRATO	N/A	FECHA DE LA CESIÓN DE CONTRATO	N/A	VALOR EJECUTADO ANTES DE LA CESIÓN DE	$ -
SUSPENSIÓN DE CONTRATO	N/A	FECHA INICIO SUSPENSIÓN DE CONTRATO	N/A	FECHA FIN DE SUSPENSIÓN DE CONTRATO	N/A
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JENNY PAOLA HERNANDEZ GUIO		CARGO:	SECRETARIA GENERAL	

INFORMACIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) No.:	2026000054	VALOR CDP:	$ 21.600.000,00	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN A LA FECHA:
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.:	2026000053	VALOR RP:	$ 21.600.000,00	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) ADICIÓN No.:	NO APLICA	VALOR CDP ADICIÓN:	$ -	
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.:	NO APLICA	VALOR RP ADICIÓN:	$ -	12,50%
VALOR INICIAL CONTRATADO:	$ 21.600.000,00	VALOR PAGOS EFECTUADOS:	$ -	
VALOR EJECUTADO ANTES DE LA CESIÓN	$ -			
ADICIONES:	$ -	VALOR PRESENTE PERIODO:	$ 2.700.000,00	
VALOR TOTAL CONTRATO:	$ 21.600.000,00	VALOR EJECUTADO:	$ 2.700.000,00	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO

OBLIGACIONES	EVIDENCIA	RESULTADOS ALCANZADOS
1. Apoyar la recepción, organización y gestión documental relacionada con el Plan de Desarrollo del Municipio de Funza 2024-2027, conforme a los lineamientos archivísticos y administrativos vigentes.	No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo	No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo
2. Apoyar en la actualización del inventario documental del concejo municipal de Funza.	No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo	No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo
3. Brindar apoyo en la elaboración de rótulos de carpetas y cajas.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\PARA AUDITAR\GABRIELA\INFORMES\INFORMES.xlsx Z:\PARA AUDITAR\GABRIELA\CONTRATO COMPRA VENTA\CONTRATO DE COMPRAVENTA 2011.xlsx Z:\PARA AUDITAR\GABRIELA\HISTORICO DE CONCEJALES\HISTORIALES CONCEJALES.xlsx	Se realizó los rotulos de carpetas correspondientes a contratos de compraventa, informes e historial de concejales 2011 igualmente de sus correspondientes cajas.

E/10/2026

CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	CÓDIGO	PA-GJ-SPGC-FO-IM-06	FECHA EMISIÓN	2/04/2025	VERSIÓN: 2
4. Apoyar en la foliación de carpetas que le sean asignadas.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\2026\FORMATO CONTROL DE ACTIVIDADES\ACTIVIDADES GESTIÓN DOCUMENTAL\REGISTRO DE ACTIVIDADEDES GABRIELA\GABRIELA.xlsx			Se realizó la correspondiente foliación de los comprobantes de egresos, informes y acuerdos correspondientes al año 2011, para un total de 510 folios y se llevó a cabo la foliación de las carpetas correspondientes a actas ypara el año 2012 comprobantes de egresos, para un total de 3.917 folios.	
5. Apoyar en el diligenciamiento de formatos, conforme los lineamientos establecidos por el supervisor del contrato.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL\DIGITALIZACIÓN PRESTAMO DOCUMENTAL\2026			Se diligencia el formato Planilla Control de Préstamo Documental	
6. Apoyar en la búsqueda de documentos con el fin de brindar una pronta respuesta en lo que tiene que ver con los préstamos documentales a los usuarios internos y externos de la corporación.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL\DIGITALIZACIÓN PRESTAMO DOCUMENTAL\2026			Se efectúa búsqueda y verificación documental de los Acuerdos Municipales N° 018, 019 y 025 y de las Actas de Sesión ordinaria N° 126 y 133, asegurando su correcta identificación y ubicación dentro del archivo institucional	
7. Diligenciar las hojas de control para las carpetas del acervo documental del concejo.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\PARA AUDITAR\GABRIELA\INFORMES Z:\PARA AUDITAR\GABRIELA\HISTORICO DE CONCEJALES Z:\PARA AUDITAR\GABRIELA\CONTRATO COMPRA VENTA			Se elaborarón 32 hojas de control correspondientes a contratos de compraventa, informes e historiales de concejales del año 2011	
8. Apoyar las jornadas de limpieza que se lleven a cabo en el archivo de la entidad.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\2026\FORMATO CONTROL DE ACTIVIDADES\ACTIVIDADES GESTIÓN DOCUMENTAL\REGISTRO DE ACTIVIDADEDES GABRIELA			Se realizá actividad correspondiente a jornada de aseo en el área de archivo.	
9. Elaborar los documentos que resulten de las reuniones del equipo de gestión documental de la entidad.	No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo			No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo	
10. Colaborar y apoyar permanentemente al área de gestión documental, de acuerdo con las solicitudes realizadas por el responsable de esta área.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\2026\FORMATO CONTROL DE ACTIVIDADES\ACTIVIDADES GESTIÓN DOCUMENTAL\REGISTRO DE ACTIVIDADEDES GABRIELA\GABRIELA.xlsx			Se efectúa revisión de la entrega del archivo del proceso contractual, verificando la correcta organización, foliación integridad de los documentos y cumplimiento de los lineamientos de gestión documental para su respectiva incorporación al archivo institucional	
11. Participar en las actividades establecidas en el Plan de Capacitaciones y en el Plan de Bienestar aprobados por el Concejo Municipal de Funza.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-007 PLAN DE CAPACITACIONES\2026\EVIDENCIAS\INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\002-002 ACTAS DE CAPACITACIÓNES\2026			Se participación en la capacitación inducción y reinducción el día 5 de febrero de 2026. Se participo en la capacitación impartida por el proceso de talento humano, para la elaboración de las cuentas de cobro.	
12. Cumplir con el Sistema de Gestión de Calidad y seguimiento del Concejo Municipal de Funza, ejecutando las actividades de su competencia y especialmente aquellas que requieran acciones concretas para subsanar hallazgos derivados de autoridades internas de no conformidades del Sistema de Gestión y contribuir para que el mismo se mantenga actualizado en lo de su competencia.	No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo			No se realizó esta actividad en este periodo de tiempo	
13. Las demás que se deriven durante la ejecución del presente contrato y que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.	La evidencia reposa en la siguiente ruta: Z:\2026\FORMATO CONTROL DE ACTIVIDADES\ACTIVIDADES GESTIÓN DOCUMENTAL\REGISTRO DE ACTIVIDADEDES GABRIELA\GABRIELA.xlsx			Se realizó capacitación de las actividades a realizar dentro del proceso de Gestion Documental	

SEGURIDAD SOCIAL					
CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR	MES	FECHA DE PAGO	No PLANILLA
Salud	*Famisanar*	$ *22.200*	ENERO	*25/02/2026*	*57.432.737*
Pensión	*Porvenir*	$ *28.400*	ENERO	*25/02/2026*	*57.432.737*
Riesgos Profesionales	*Positiva*	$ *1.100*	ENERO	*26/02/2026*	*58.386.238*
Anexos:					

Eliana.

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	1073507137	EDNA GABRIELA GUAQUETA GUEVARA		cll25b # 2a 14	8233319	gabyguaquetaguevara@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	25/02/2026	57432737	$50.600

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	21.900	0		0		0	15	300	0	22.200	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	28.100	0	0	0	0	15	300	0	28.400	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	21.900	22.200
Pensión	1	28.100	28.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	50.000	50.600

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073507137	EDNA GABRIELA GUAQUETA GUEVARA		cll25b # 2a 14	8233319	gabyguaquetaguevara@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		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	25/02/2026	57432737	$50.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRP	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	1073507137	GUAQUETA GUEVARA EDNA GABRIELA	3	0			N	X																230301	175.091	28.100	0	0	0	0	EPS017	175.091	21.900		0		0			0	0	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073507137	EDNA GABRIELA GUAQUETA GUEVARA		cll25b # 2a 14	8233319	gabyguaquetaguevara@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
57432737	25/02/2026	58386238	26/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	N	$0	$1.100	

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					

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

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	1.000				1.000	16	100	1.100			10	1.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	1.000	1.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	1.000	1.100

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073507137	EDNA GABRIELA GUAQUETA GUEVARA	cll25b # 2a 14	8233319	gabyguaquetaguevara@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
57432737	25/02/2026	58386238	26/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	N	$0	$1,100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1073507137	GUAQUETA GUEVARA EDNA GABRIELA	59	0			N	X																230301	175,091	3	28,100	0	0	0	0	EPS017	175,091	3	21,900	14-23	175,091	3	1	1,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

MANIFESTACIÓN AÑO GRAVABLE 2026 – DECRETO 2231 DE 2023

Yo, **Edna Gabriela Guaqueta Guevara** identificado con cédula de ciudadanía número 1073507137 expedida en **Funza**, Cundinamarca, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento y de acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 335 que:

1. Para efectos del cálculo de la retención en la fuente manifiesto bajo la gravedad de juramento que (marcar con X la opción correspondiente):

   a. Para la determinación de mi impuesto sobre la renta **NO** tomaré deducciones de costos y gastos por lo que declaro que **SÍ** haré uso de la renta exenta de que trata el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario en la depuración de mi declaración de renta por el año gravable en curso, y el cálculo de la retención en la fuente se realizará acorde a lo señalado por el artículo 383 del Estatuto Tributario

   [x]

   b. Para la determinación de mi impuesto sobre la renta **SI** tomaré deducciones de costos y gastos por lo que declaro que **NO** haré uso de la renta exenta de que trata el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario en la depuración de mi declaración de renta por el año gravable en curso, y solicito que se aplique la tarifa de retención en la fuente establecida en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario según corresponda a la naturaleza de los servicios prestados.

   [ ]

SI SOLICITA REALIZAR RETENCIÓN POR RENTAS LABORALES COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. Durante el año inmediatamente anterior realicé pagos de intereses en préstamos para adquisición de vivienda. (Adjuntar soporte de pago de intereses)

SI		NO	

2. Durante el año inmediatamente anterior realicé pagos a medicina prepagada: propios, de mi cónyuge, hijos y/o dependientes. (Adjuntar soporte de pago y factura cancelada).

SI		NO	

3. Se encuentra a mi cargo en calidad de dependiente:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO

[ ] Hijo(s) que tiene(n) hasta 18 años y depende(n) económicamente de mí.

[ ] Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años, cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

[ ] Hijo(s) mayor(es) de 18 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

☐ Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

☐ Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el mío menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. Me encuentro obligado a expedir factura electrónica por cumplir con alguno de los requisitos establecidos en el artículo 615 del E.T.

SI		NO	

5. De acuerdo al parágrafo tercero del artículo 437 del Estatuto Tributario soy responsable del impuesto a las ventas IVA.

SI		NO	

6. Estoy registrado(a) como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación SIMPLE.

SI		NO	

Dada en Funza, Cundinamarca en el mes de **febrero** de 2026, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383, 387 y 392 del Estatuto Tributario que le aplique.

Cordialmente,

Nombre: Edna Gabriela Goqueta G.
C.C: 1073509137
Teléfono: 3212302981