94-692

OK.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 01 DE ABRIL DE 2026 NÚMERO INFORME: 003 PERÍODO: 01 AL 31 DE MARZO DE 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	614-2026 CPS-P (151521) DEL 20 DE ENERO DE 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN DAVID RAMIREZ USAQUEN
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C 1032391156
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	OCHO (08) MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 44.000.000
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	1379
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 5.500.000
FECHA ACTA DE INICIO	22 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	$ 44.000.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	OCHO (08) MESES

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	21 DE SEPTIEMBRE DE 2026
OBJETO DEL CONTRATO	*"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER JURÍDICO, CONTRACTUAL Y ADMINISTRATIVO PARA LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y POS CONTRACTUALES DE LA ALCALDÍA LOCAL DE BOSA - FDLB"*

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	**ARL**	**PENSION**
COMPENSAR	**POSITIVA (RIESGO I)**	**PORVENIR**
NÚMERO DE PLANILLA	**PERIODO COTIZADO**	
1079935601	2026-MARZO	

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 1	
Realizar las actividades propias de gestión contractual en cada una de sus etapas, según asignación, en términos de eficiencia, calidad y oportunidad.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2026, se realizó documento de cesión, Memorando y certificado de idoneidad del contrato de prestación de servicios: a saber: **1.** FDLBOSA CD 528 de 2026	Documentos verificables en pdf con el número, en la actividad y cargados en la carpeta *"Soportes Obligación No. 1"*
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 2	
Contribuir en las actividades de carácter administrativo - contractual necesarias para el desarrollo de los procesos de contratación de bienes y servicios, según asignación, procurando la adecuada configuración del expediente contractual electrónico y de gestión documental de la entidad.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2026, se realizó documentos de aclaración (modificatorio) al contrato de prestación de servicios, a saber: **1.** Acta de aclaratorio FDLBOSA CD 078 de 2026	Documentos verificables en SECOP II con el número de proceso relacionado en la actividad y cargados en la carpeta *"Soportes Obligación No. 2"*
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 3	
Realizar las actividades de acompañamiento jurídico que le sean asignadas para atender temas relacionados con las etapas precontractuales, contractuales y pos contractuales de los contratos de la entidad.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2026, se realizó acompañamiento al área administrativa con el proceso de Mínima Cuantía en la verificación de documentos "Estudio Previo, Invitación de Oferta y AVISO DE NO LIMITACION A MIPYME FDLBOMC 002-2026, a saber **1.** Mínima Cuantía 002-2026	Los documentos relacionados en la actividad se encuentran cargados en la carpeta *"Soportes obligación No. 3"*
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 4	
Realizar las actividades de articulación con planeación de la Alcaldía Local de las necesidades, para impulsar los procesos de consolidación de documentos necesarios para la contratación.	

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2026, se realizó acompañamiento al área administrativa, con el proceso de Mínima Cuantía, dando respuesta a observaciones realizadas por los oferentes, a saber 1. RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES. Mínima Cuantía 002-2026	El documento relacionado de esta actividad se encuentra cargado y verificable en Plataforma Secop II en la carpeta *"Soportes obligación No. 4"*
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 5	
Realizar las actividades necesarias para consolidar los expedientes contractuales en su versión electrónica y física, conforme a los protocolos y lineamientos legales e institucionales.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante este periodo no se llevó a cabo esta actividad	N/A
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 6	
Mantener actualizadas las bases de datos de la gestión contractual, según las orientaciones de la entidad de manera semanal, con el fin de que se cuente con la información necesaria para la entrega de reportes mensuales.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante este periodo del 01 al 31 de marzo de 2026 se realizó actualización de base, de los procesos asignados en reparto.	Documentos verificables en pdf, de la actividad y cargados en la carpeta *"Soportes Obligación No. 6"*
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 7	
Proveer asistencia jurídica en temas relacionados con la normativa contractual y los procedimientos administrativos, promoviendo buenas prácticas y garantizando el cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante este periodo no se llevó a cabo esta actividad	N/A
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 8	
Identificar y registrar inconsistencias complejas o faltantes en la documentación precontractual, contractual y pos contractual, coordinando su resolución con los responsables, asegurando la trazabilidad de las acciones tomadas y la continuidad del proceso contractual	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**

Durante este periodo no se llevó a cabo esta actividad	N/A
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 9	
Las demás actividades necesarias para el adecuado cumplimiento del objeto contractual en todo su alcance.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
El día 25 de marzo de 2026 se asistió a la capacitación sobre *"lineamientos de gestión documental"* en Casa de la Justicia Sala 2.	Imágen de la Acta cargadas en la carpeta *"Soportes Obligación No. 9"*

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) (X) 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.

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: Juan David Ramirez Usaquen

Cédula: 1.032.391.156

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: Fabian Ernesto Ramírez Cruz

Cargo: Alcalde Local de Bosa

Firma:

APOYO A LA SUPERVISIÓN

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

	Nombre: Juan José Ramírez Reatiga **Cargo: Apoyo a la Supervisión** **Firma:**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.073.701.359

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52404625

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [J Y]

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

REGISTRADURIA DE SOACHA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	GALVIS

Nombre(s)

SAMUEL STYVEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes MAY Día 19	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA SOACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	111884442

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GALVIS GOMEZ KELLY YOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.012.390.937	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ USAQUEN JUAN DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.381.156	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ USAQUEN JUAN DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.032.381.156	

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 2012 Mes 10 Día 04	MARCO ANTONIO VALENZUELA PEREZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

52404625

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.073.683.097

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42372925

42372925

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J Y Z

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

REGISTRADURIA DE SOACHA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	SALVIS

Nombre(s): JUAN DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 9 Mes F E B Día 2 1	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/e Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA SOACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	33686120

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SALVIS GOMEZ KELLY YOHANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1032391156	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ USAQUEN JUAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.391.156	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ USAQUEN JUAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.032.391.156	

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 2 0 0 9 Mes M A R Día 2 4	MARCO ANTONIO VALENZUELA PEREZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 614 de 2026

Yo, Juan David Ramirez Usaquen, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.391.156 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.	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)	
¿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

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Se expide y firma al primer (01) días del mes de abril del 2026.

Firma:

Nombre: Juan David Ramirez Usaquen

C.C: 1.032.391.156 de Bogotá

Dirección de correspondencia: Calle 10c # 18q - 83

Teléfono de contacto: 3134738837

Correo electrónico institucional: juan.ramirezu@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: David_ramirez01@fotmail.com

SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO
SUBSECRETARIA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - DIRECCIÓN FINANCIERA
SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

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°614-2026, que suscribí con la SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la (s) perona (s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me ortorga el derecho a tomar la deducción mensionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales ($35.607), en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO
	1	4	2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Juan David Ramirez Usaquen	1.032.391.156	AREA DE CONTRATACION FDLB	3134738837

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
Juan David Ramirez Galvis	Hijo	17	
Samuel Styven Ramirez Galvis	Hijo	13	

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

X	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 inscritio.
	Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ó programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Requisito:	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
	Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos
Requisito:	
*	Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscritio.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
	El conyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó Ingresos menores en el año de 260 UVT ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	
*	Copia autentica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscritio.
*	Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho ó declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
*	Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año de 260 UVT.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año menores a 260 UVT o 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 en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año de 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 ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ

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, dependecia 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.

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-17, 11:49:35 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1079935601

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

Cliente:

PAGADA 2026-03-17

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN DAVID RAMIREZ USAQUEN				
Documento	CC 1032391156	**Dirección**	CL 10C #18 Q - 83		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134738837		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032391156		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ USAQUEN JUAN DAVID	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 2.200.000	230301		16 %	$ 2.200.000	$ 352.000	$ 0	$ 0	EPS008		12.5 %	$ 2.200.000	$ 275.000	$ 0	14-23	1	0.522 %	$ 2.200.000	$ 11.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 352.000	$ 0	$ 0	$ 275.000	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 638.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!