Bogota, 01 DE FEBRERO DE 2024

Doctor'
EDUARD HUMBERTO QUINTANA ARELLANO
ALCALDE LOCAL RAFAEL URIBE URIBE
Calle 32 Sur No. 23 - 62
Ciudad

Asunto: **Pago 01 CPS N° 363 – 2023**

Respetado Doctor:

Por medio de la presente remito el informe del Contrato de Prestación de Servicios: del CPS 363 de 2023, para trámite de pago:

Periodo comprendido entre: EL 01 AL 31 DE ENERO DE 2024

1. Informe de Actividades
2. Soportes del informe
3. Planilla de Parafiscales del mes de 2024.
4. Soportes pago de seguridad social
5. Cuenta de cobro
6. Certificación tributaria
7. Solicitud de Deducción de la base de la retención en la fuente por concepto de dependientes

Agradezco su amable atención y colaboración.



ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ
C.C. 1.013.611.272 de Bogotá
Dirección: Calle 38 No 12-98 sur
CEL: 3214767494
<Correo electrónico>angelrozo1230@gmail.com
Fecha de nacimiento 12 de Octubre de 1989

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 13 PERÍODO: 01 AL 31 DE ENERO 2024	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	Prestación de Servicios
No. CONTRATO Y FECHA	CPS 043 de 2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	1.013.611.272 de Bogotá
PLAZO DE EJECUCIÓN	11 MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	($59.400.000) m/cte.
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 5.400.000
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O23011601010000001636
FECHA ACTA DE INICIO	27 de Enero del 2023
PRÓRROGA[1]	CINCO (5) MES y CINCO (5) DÍAS
ADICIÓN	$ 27.720.000 m/cte.
SUSPENSIÓN	NO APLICA
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 de Mayo de 2024
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA OPERACIÓN, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO APOYO ECONÓMICO TIPO C, REQUERIDOS PARA EL OPORTUNO Y ADECUADO REGISTRO, CRUCE Y REPORTE DE LOS DATOS EN EL SISTEMA MISIONAL – SIRBE, QUE CONTRIBUYAN A LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LA POBLACIÓN MAYOR EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA SOCIAL PARA EL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ EN EL DISTRITO CAPITAL A CARGO DE LA ALCALDÍA LOCAL

[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

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1. Implementar los procesos y procedimientos oficiales para la operación y prestación del Servicio como (Ingreso, prestación, seguimiento, y egreso)	Se realizo reunión administrativa cuyo propósito fue la planeación de los diferentes procesos que se ejecutan como ingreso-informe único-saldos altos-debidos procesos-	Acta de Entrega	Los productos son anexos al informe
	Revisión crítica de los instrumentos de Ingresos entregados para el proceso de verificación a su vez se realizó la ruta ubicando y dividiendo los sectores	Cuadro de sistematización. Ruta de ingresos	Los productos son anexos al informe
	Ubicación de las unidades barriales, posterior asignación y creación de ruta para cada profesional	Cuadro de Excel socializado en correo apoyo económico tipo c y actas de entrega	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 2: Garantizar que las personas mayores que son presentadas para el ingreso al servicio se encuentran en la lista de espera del servicio (Solicitud de servicio e inscritos) y que cumplen con los criterios de identificación y priorización establecidos en la normatividad vigente	Se realizo el cruce de las personas mayores postuladas en la lista de espera	Base de datos Drive compartida con profesional encargada del servicio	Los productos son anexos al informe
	Revisión critica de la ficha de las fichas SIRBE para ingreso	Base de datos Drive compartida con profesional encargada del servicio	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 3: Realizar las visitas de validación de condiciones en el lugar de domicilio de las personas mayores que son presentadas para ingresar al servicio y que se encuentran registrados en la lista de espera del servicio y o lista de focalización, así como	Seguimiento de los ingresos ejecutados mediante visita domiciliaria	Acta de Entrega del Apoyo económico tipo C	Los productos son anexos al informe

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
la validación de condiciones que se realiza en el lugar de domicilio de la persona mayor que se encuentran en atención			
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 4: Realizar los cruces de bases de datos individuales consulta en SIRBE, aplicativo Processa, FOSYGA, RUAF, Registraduría Nacional, Inhumados, Rama judicial, comprobador de Derechos, DNP (puntaje de SISBEN), Simultaneidad, entre otros, de las personas mayores que se encuentran como participantes del servicio, así como de las personas mayores que son reportadas con novedades (Informe Único).	Se realizar el seguimiento de las personas mayores que cuentan con novedades por bloqueo solicitando el desbloqueo realizando la entrega de los instrumentos y revisión critica a referente de secretaria de integración social	Base de datos, fichas de seguimiento	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 5: Garantizar que la información de las personas mayores vinculadas al servicio Apoyos para la Seguridad Económica, se encuentre registrada actualizada en el Sistema de información misional – SIRBE; así como aplicar los instrumentos necesarios (fichas, formatos, entre otros) para realizar seguimiento a las actualizaciones y registro en el Sistema Misional SIRBE y las bases de datos, realizando las respectivas consultas, además de realizar la crítica (verificación) de dichos instrumentos.	Realizar el seguimiento en las actualizaciones de los participantes del apoyo económico Tipo C. Dentro del proceso de planeación para el mes	Base de datos, fichas de seguimiento	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 6: Emitir los conceptos que le sean requeridos y aportar		Fichas de seguimiento	Los productos son anexos al informe

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
elementos de juicio, que sirvan de insumo, para la toma de decisiones relacionadas con el desarrollo de las acciones de identificación, ingreso, activación, egreso y seguimiento, de las personas mayores vinculadas al Apoyo Económico Tipo C, teniendo en cuenta, las orientaciones de gestión territorial de la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital	Se realizar seguimiento a los instrumentos para el seguimiento de los casos reportados		
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 7: Proyectar y notificar los actos administrativos de ingreso y egreso que se deriven de la prestación del servicio de Apoyos para la Seguridad Económica Tipo C de acuerdo con los procedimientos definidos para tal fin, así como Atender, tramitar y dar respuesta oportuna a las solicitudes de las y los ciudadanos y entes de control, teniendo en cuenta los lineamientos y términos establecidos.	Procesos de notificación para los ingresos o egresos según corresponda	Base de Datos	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 8: Realizar las acciones de seguimiento e identificación de presuntos cobros indebidos en el marco del seguimiento y control del servicio, de acuerdo con el lineamiento de la Secretaria de Gobierno	Se realiza articulación de acuerdo con el proceso según el reporte de las novedades emitidas por la secretaria de integración social, ejecutando cruces de los datos	No aplica para la vigencia del presente informe	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 9: Realizar la convocatoria de las personas mayores que ingresan al servicio y desarrollar con ellas el proceso de	Se realiza convocatoria telefónica de los participantes, de igual manera se hace la entrega de la tarjeta aplicando el formato del proceso y explicando la	Acta de entrega, base de datos	Los productos son anexos al informe

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
entrega de tarjetas, así como el proceso de reexpedición de tarjetas cuando se requiera según los lineamientos y protocolos establecidos	dinámica del apoyo económico tipo c		
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 10: Revisar, verificar y garantizar la calidad, confidencialidad y discrecionalidad en el manejo de la información en relación con el desarrollo del objeto contractual y de conformidad con las instrucciones del supervisor del contrato	Realizar los trámites de atención a personas mayores dando cumplimiento al proceso de actualización y tramites de confidencialidad	Instrumentos de Seguimiento	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 11: Presentar dentro de los tiempos estipulados, los informes y productos requeridos por el-la Supervisor-a del contrato y el-La Subdirector-a para la Vejez, utilizando para ello los formatos institucionales oficiales.	Entrega de informe mensual	Informe mensual	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 12: Participar en las reuniones y diferentes actividades que programe la Alcaldía Local, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Subdirección para la Vejez y la Subdirección Local.	Reuniones organizadas desde la coordinación del proyecto de adulto mayor, al igual que la socialización en los comités técnicos de informe de novedades	Actas de seguimiento	Los productos son anexos al informe
OBLIGACIÓN ESPECIFICA 13: Las demás inherentes a sus obligaciones contractuales y que se requieran para el cabal cumplimiento del contrato	Se realizan reunión de equipo para el proceso de planeación y evaluación de los procedimientos	Capacitación y socialización de la Resolución 509 de 2021	Los productos son anexos al informe

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	COMPENSAR	**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**	**PORVENIR**

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 labores efectivamente desarrolladas en el periodo 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.	**CONTRATISTA** **Nombre: ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ** **Cédula: 1.013.611.272** **Firma:** 
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: Eduard Humberto Quintana Arellano** ALCALDE LOCAL RAFAEL URIBE URIBE **Firma:** **APOYO AL SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre: ANA MILENA CARDONA MORA** **Firma:**

ALCALDÍA LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 427202

Sábado, 9 de diciembre de 2023, 10:04:33 a. m.

Detalle

$626.900
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *4000
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9459716230

Fecha y hora inicio transacción	2023-12-09 10:03:23
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9459716230
Código Único de Seguimiento	327102862
Dirección IP:	191.156.228.179

Referencia 1:	191.156.233.237
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1013611272

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611272		ROZO RODRIGUEZ ANGELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 38 No. 12 98	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2787107	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	327102862	9459716230	I	2024/01/18	2023/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$626,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,160,000**	**$345,600**			**$2,160,000**	**$270,000**			**$0**	**$0**			**$2,160,000**		**$11,300**		**$0**	**$0**		**$626,900**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,160,000**	**$345,600**			**$2,160,000**	**$270,000**			**$0**	**$0**			**$2,160,000**		**$11,300**		**$0**	**$0**		**$626,900**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,160,000	$345,600			$2,160,000	$270,000			$0	$0			$2,160,000		$11,300		$0	$0		$626,900
1	CC	1013611272 ROZO ANGELA																		23030 1	30	$2,160,000	$345,600	EPS008	30	$2,160,000	$270,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,160,000	0.522%	$11,300	0	$0	$0	No	$626,900
Total		**Afiliados(1)**																				$2,160,000	$345,600			$2,160,000	$270,000			$0	$0			$2,160,000		$11,300		$0	$0		$626,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611272		ROZO RODRIGUEZ ANGELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 38 No. 12 98	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2787107	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	327102862	9459716230	I	2024/01/18	2023/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$626,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$345,600	$0	$0	$345,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$345,600	$0	$0	$345,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,300	$0	$0	$11,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,300	$0	$0	$11,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$270,000	$0	$0	$270,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$270,000	$0	$0	$270,000
TOTAL				**1**	**$626,900**	**$0**	**$0**	**$626,900**

Bogotá D.C 01 DE FEBRERO DE 2024

Cuenta de Cobro No 13

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIBE URIBE
NIT. 899.999.061-9

DEBE A:

ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ
C.C. 1.013.611.272

LA SUMA DE: ($5.400.000)
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: Actividades realizadas en la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 043 del 2023 durante el periodo comprendido entre:01 AL 31 DE enero de 2024

Código actividad económica principal RUT: 7490
No soy responsable del Impuestos a las Ventas - IVA

CERTIFICO QUE: Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007, el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 02 de la ley 1562 del 2012, los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención (Decreto 2271/2009, concepto SDH 1195/2009), suscrito con el Fondo de Desarrollo Local de Rafael Uribe, así:

Mes de aporte: **DICIEMBRE** Numero de planilla: 9459716230

CONCEPTO	ENTIDAD	VALOR APORTE
ARL (Riesgos Profesionales)	POSITIVA	$11.300
EPS (Aporte Salud Obligatoria)	COMPENSAR	$270.000
AFP (Aportes Pensiones Obligatorias)	PORVENIR	$345.600

Favor Consignar a : CUENTA DE AHORROS No 019504000 del Banco Bogotá

Atentamente,

ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ
C.C. 1.013.611.272 **de Bogotá**
Dirección: Calle 38 No 12-98 sur
CEL: 3214767494
Correo electrónico: angelrozo@gmail.com

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de Contrato _CPS-043 de _2023

Yo, **ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No **1.013.611.272** expedida en la ciudad de **BOGOTÁ**.

INFORMACION PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**x**
Soy Declarante de Renta año 2023	**x**	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta.		**x**
Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica	**x**	

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016.

CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACION CALCULO DE RENTA	SI	NO
Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica).		**x**
Efectúo aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**x**
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (**diferentes a los obligatorios** - Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**x**
Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: **2023** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**x**
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2023** (Anexar certificación en la primera cuenta)		**x**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**x**	

Se expide y firma a los (31) días del mes de Enero de 2024

Firma: _____

Nombre: ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ
C.C: 1.013.611.272
Dirección Contacto : CALLE 38 No 12-98 sur
Teléfono laboral: 3214767494
Correo electrónico Angela.rozo@gobiernobogota.gov.co /angelrozo1230@gmail.com

ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE

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**° 043 de 26/01/2023,** que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE , teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono 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 lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	31	MES	Enero	AÑO	2024

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
ANGELA PATRICIA ROZO RODRIGUEZ	1013611272	ALCALDIA LOCAL DE RAFAEL URIBE	3214767494

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

NOBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
MARIANA CAMILA POVEDA ROZO	HIJA	6	0

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 inscrito.
	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 inscrito.
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal
	El cónyuge ó compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 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 inscrito.
*	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 a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
*	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 anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.
Requisito:	
*	Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
*	Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
*	Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
*	Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE 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, 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 requisito 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