

CUENTA DE COBRO DE 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:

Bogotá, 4 de Mayo de 2026

Cuenta de Cobro
Numero

4

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE FONTIBÓN

NIT 899.999.061-9

Carrera 99 No. 19 - 43 Teléfono 267 01 14

DEBE A:

ANDREA MILENA ZABALA CARO

, identificado con cédula de ciudadanía

1.136.883.308

Tipo contrato:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. Contrato: CPS

69 de 2026

Pago: 4 de 8

Por concepto
de :

PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN QUE ADELANTE LA ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN

Periodo:

1 DE ABRIL DE 2026

a

30 DE ABRIL DE 2026

La suma de: \$

8.000.000

Valor en letras : Ocho Millones de Pesos

Planillas pago seguridad social:

6011862608

-

Periodo de pago:

Marzo

-

Fecha de pago:

16-abril-26

-

IBC SEGÚN VALOR COBRADO:

\$ 960.000

Favor consignar en:

BANCOLOMBIA

Cuenta: **AHORROS** No.

2057984719

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 069 de 2026, Celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL FONTIBÓN 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.

Andrea Milena Zabala Caro

ANDREA MILENA ZABALA CARO

CC: 1136883308

DIRECCIÓN: Calle 77 # 19-87 El Refugio Torre: 2 Apto: 1105

TELÉFONO:

3002056285

Correo electronico contacto:

andrezabala_92@hotmail.com

| FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 DE MAYO DE 2026 NÚMERO INFORME: 4 PERÍODO: 1 DE ABRIL DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026. | | |
|--|--|--------------|
| DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO | | |
| TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS. | |
| No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN | CPS-069-2026 DEL 22 DE ENERO DE 2026 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | ANDREA MILENA ZABALA CARO | |
| TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE) | C.C. 1.136.883.308 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE) | N/A | |
| TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN | N/A | |
| PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN | 8 MESES | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 64.000.000 | |
| NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL | 1543 | |
| VALOR DEL PERIODO DE COBRO | \$ 8.000.000 | |
| 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 | \$ 64.000.000 | |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO | 8 MESES | |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIÓN O DISMINUCIÓN DE PLAZO) | 21 DE SEPTIEMBRE DE 2026 | |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA EL DESARROLLO Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN QUE ADELANTE LA ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN | |
| APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL | | |
| EPS | ARL | PENSION |
| SANTAS | POSITIVA | COLPENSIONES |
| NÚMERO DE PLANILLA | PERIODO COTIZADO | |
| 6011862608 | MARZO DE 2026 | |

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

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

| DESARROLLO DEL INFORME | |
|---|---|
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 1 | |
| Realizar el enlace entre las diferentes áreas de la Alcaldía Local de Fontibón durante las diferentes etapas de los procesos contractuales | |
| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorga respuesta a la proposición 256 de 2026 bajo el radicado 20265920004393. 2. Se realizar las subsanaciones de la respuesta de los Jurados de votación de fecha del 24 de marzo de 2026 la cual fue remitida a secretaría de gobierno mediante radicado 20265920003733. 3. Se otorga respuesta a la proposición 20262100125253 bajo el radicado 20265920003743. | Carpeta de actividades (Obligación 1) |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 2 | |
| Realizar el seguimiento a las modificaciones contractuales que se adelanten en la Alcaldía Local de Fontibón. | |
| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| Se procede a realizar la verificación de la consolidación de la macrobase de los contratos correspondiente a la vigencia 2026, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado por la Secretaría de Gobierno. | Carpeta de actividades (Obigación 2) |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 3 | |
| Proyectar documentos de carácter jurídico y administrativo que requieran ser emitidos por la alcaldía local de Fontibón. | |



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--|--|
| 1. Se procede a otorgar respuesta a los radicado de entrada No. 20251600396633 de fecha del 20 de octubre de 2025 expediente disciplinario Núm., 1038-2024 radicado de salida 20265900001193. 2. Respuesta radicado No. 20251600421653 de fecha del 06 de noviembre de 2025 solicitud de pruebas auto de apertura de indagación previa Ref. Auto No. 1493 del 08 de octubre de 2025-expediente disciplinario Núm. 981-2025. 3. Respuesta radicado N° 20261610106413 de fecha del 17 de marzo de 2026 solicitud de pruebas en auto de apertura de indagación previa expediente disciplinario Núm., 142-202. | Carpeta de actividades (Obligación 3) |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 4 | |
| Revisar y asegurar la actualización constante del estado de los procesos contractuales creados en la plataforma SECOP I y SECOP II. | |
| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| Durante el mes de abril no se ejecutó la actividad, toda vez que no fue asignada. De ser requerida en el siguiente mes, se procederá con su ejecución y reporte | Durante el mes de abril no se ejecutó la actividad, toda vez que no fue asignada. De ser requerida en el siguiente mes, se procederá con su ejecución y reporte. |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 5 | |
| Asistir a las reuniones, actividades, capacitaciones y/o mesas de trabajo a las que le convoque el supervisor y/o apoyo a la supervisión o que se encuentren en el marco del contrato, incluyendo las mesas de trabajo convocadas por la SDG y las Corporaciones | |
| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| Se asiste a la capacitación de Orfeo el 15 de abril de 2026 Se asiste a la reunión de mesa de transparencia el 22 de abril de 2026 | Carpeta de actividades (Obligación 5) |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 6 | |
| Elaborar y responder las comunicaciones, requerimientos, solicitudes y derechos de petición que le sean asignados, provenientes de la ciudadanía, entidades públicas y privadas, entes de control o rama judicial, dentro de los plazos y condiciones definidas, realizando el registro y cierre correspondiente en los sistemas institucionales como ORFEO u otros. | |

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--|---|
| <p>1. Respuesta radicado 20265910048322 REF: Solicitud recibida en el Centro de Atención al Ciudadano con el No. 1-2026-08336 el 17 de abril de 2026 Radicado 20265920150931.</p> <p>2. Respuesta radicado de entrada 20265910032142 y 2026591003393 y JAL 048/2026, Radicado de salida 20265920118331.</p> <p>3. Radicado de salida 20265920125241.</p> <p>4. Radicado de salida 20265920003953.</p> <p>5. Respuesta radicado Orfeo No. 20264210669732.</p> | <p>Carpeta de actividades (Obligación 6)</p> |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 7 | |
| <p>Recibir, clasificar, tramitar, gestionar y garantizar el archivo, custodia y conservación de documentos y demás correspondencia que, por competencia, le sea asignada virtual o físicamente, atendiendo al objeto contractual.</p> | |
| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| <p>Durante el mes de abril no se ejecutó la actividad, toda vez que no fue asignada. De ser requerida en el siguiente mes, se procederá con su ejecución y reporte</p> | <p>Durante el mes de abril no se ejecutó la actividad, toda vez que no fue asignada. De ser requerida en el siguiente mes, se procederá con su ejecución y reporte.</p> |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 8 | |
| <p>Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas.</p> | |
| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
| <p>Se procede a presentar el informe del mes de abril con sus correspondientes evidencias.</p> | <p>Carpeta de actividades (Obligación 8)</p> |
| OBLIGACIÓN ESPECÍFICA 9 | |
| <p>Las demás que se relacionen con la naturaleza del contrato y requeridas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato</p> | |

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

| ACTIVIDAD | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--|--|
| Durante el mes de abril no se ejecutó la actividad, toda vez que no fue asignada. De ser requerida en el siguiente mes, se procederá con su ejecución y reporte | Durante el mes de abril no se ejecutó la actividad, toda vez que no fue asignada. De ser requerida en el siguiente mes, se procederá con su ejecución y reporte. |
| FIRMAS | |
| <p>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.</p> <p>Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento la planilla al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.</p> <p>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)</p> | <p align="center">CONTRATISTA</p> <p>Firma:</p> <p>Nombre: ANDREA MILENA ZABALA CARO</p> <p>Cédula: 1.136.883.308</p>  |
| <p>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.</p> <p>Así mismo, certifié 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.</p> | <p align="center">SUPERVISOR/INTERVENTOR</p> <p>Nombre: PAOLA ANDREA OSORIO</p> <p>Cargo: ALCALDESA LOCAL DE FONTIBON OSORIO</p> <p>Firma: LOZANO PAOLA ANDREA</p> <p align="right"><small>Firmado digitalmente por OSORIO LOZANO PAOLA ANDREA Fecha: 2026.05.06 11:27:37 -05'00'</small></p> <p align="center">APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)</p> <p>Nombre: JOSE MIGUEL VENEGAS VENEGAS</p> <p>Cargo: ABOGADO ESPECIALISTA CONTRATACIÓN</p> <p>Firma:</p>  |

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 069-2026

Yo PAOLA ANDREA OSORIO LOZANO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. 069-2026 suscrito entre el fondo de desarrollo local de Fontibón y ANDREA MILENA ZABALA CARO identificado(a) con el número de documento 1.136.883.308, certifico que la contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 4 presentado para el período comprendido entre el 1 DE ABRIL DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026.

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 \$8.000.000

En constancia se firma a 4 día del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026).



JOSÉ MIGUEL VENEGAS VENEGAS
Apoyo a la Supervisión

OSORIO
LOZANO PAOLA
ANDREA

Firmado digitalmente
por OSORIO LOZANO
PAOLA ANDREA
Fecha: 2026.05.06
11:27:19 -05'00'

PAOLA ANDREA OSORIO LOZANO
Alcaldesa Local de Fontibón

Número de Contrato 069 de 2026

Yo, ANDREA MILENA ZABALA CARO, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1136883308 expedida en la ciudad de Bogotá.

| 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) | |
| ¿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 |

Se expide y firma a los (4) días del mes de mayo del 2026.

Firma: *Andrea Milena Zabala Caro*

Nombre: ANDREA MILENA ZABALA CARO

C.C: 1.136.883.308 de Bogotá

Dirección de correspondencia: Calle 77 # 18-87 Edificio el refugio T:2 Apto: 702

Teléfono de contacto: 3002056285

Correo electrónico institucional: andrea.zabala@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: andreazabala_92@hotmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1136883308 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | ANDREA MILENA ZABALA CARO | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 20 C # 93 325 IN 8 APT 201 | TELÉFONO: | 6945584 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 033 - FONTIBON |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 6011862608 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: | AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 9 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/04/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 228544401 |

NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | TOTALES | |
|--|--|------------|--------------|
| | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

PENSIÓN

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|--------------------|----------|-------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 515.200 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 515.200 |

SALUD

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|--------------------|----------|-------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | \$ 402.500 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 402.500 |

CAJA DE COMPENSACIÓN

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|-----------------|----------|------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | \$ 19.400 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 19.400 |

RIESGOS PROFESIONALES

| | | ADMINISTRADORA | | |
|------------------|--------|--|----------|------------------|
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | \$ 17.000 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 17.000 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 948.000 |
| VALOR MORA: | \$ 6.100 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 954.100 |

• Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

• Seleccione radicados y haga clic en el botón de la acción requerida.

Visto Bueno Agendar Cerrar Tramite

Show entries

Search:



| Radicado (7) | Fecha Radicado | Asunto (Referencia) | Enviado Por | Dias hábiles en trámite | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2026591004449 2 | 2026-04-14 09:27 AM | RADICACIÓN: 25000-23-36-900-2021-00205-01 (73776) DEMANDANTE: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DE DESARROLLO TERRITORIAL - ENTERRITORIO DEMAN DADO: DISTRITO DE BOGOTÁ ??? SECRETARÍA DE GOBIERNO - ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN -FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE FONTIBÓN REFERENCIA: CONTR OVERSIAS CONTRACTUALES | HERNAN.QUINONEZ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2026591004479 2 | 2026-04-14 07:50 AM | RADICACIÓN: 25000-23-36-900-2021-00205-01 (73776) DEMANDANTE: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DE DESARROLLO TERRITORIAL - ENTERRITORIO DEMAN DADO: DISTRITO DE BOGOTÁ ??? SECRETARÍA DE GOBIERNO - ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN -FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE FONTIBÓN REFERENCIA: CONTR OVERSIAS CONTRACTUALES | HERNAN.QUINONEZ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2026591004278 2 | 2026-04-10 13:17 PM | REFERENCIA: CONTROVERSIAS CONTRACTUALES | HERNAN.QUINONEZ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2026591003441 2 | 2026-03-25 10:12 AM | RADICACIÓN: 25000-23-36-900-2021-00205-01 (73776) DEMANDANTE: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DE DESARROLLO TERRITORIAL - ENTERRITORIO DEMAN DADO: DISTRITO DE BOGOTÁ ??? SECRETARÍA DE GOBIERNO - ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN -FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE FONTIBÓN REFERENCIA: CONTR OVERSIAS CONTRACTUALES | HERNAN.QUINONEZ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2026591003434 2 | 2026-03-25 09:52 AM | RADICACIÓN: 25000-23-36-900-2021-00205-01 (73776) DEMANDANTE: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DE DESARROLLO TERRITORIAL - ENTERRITORIO DEMAN DADO: DISTRITO DE BOGOTÁ ??? SECRETARÍA DE GOBIERNO - ALCALDÍA LOCAL DE FONTIBÓN -FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE FONTIBÓN REFERENCIA: CONTR OVERSIAS CONTRACTUALES | HERNAN.QUINONEZ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2026591001958 2 | 2026-02-23 11:48 AM | URGENTE: SEGUIMIENTO A TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO - CONTRATO FDLF-CPS□539-2025 | JOSEM.VENEGASV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2026591000178 2 | 2026-01-09 07:04 AM | REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN - ART. 2 DECRETO DISTRITAL 685 DE 2025 | BRIGGITTE.MORALE S | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Para ver el documento del radicado, haga clic sobre el número del radicado, si está subrayado.
- Para ver los detalles del radicado, haga clic en la fecha del radicado.
- En la columna "D.P." aparecerá el número de días que restan para responder, si es un derecho de petición.
- Si el número de días para responder el radicado se ha vencido, este valor aparecerá en rojo.
- Para generar un número de radicado definitivo, seleccione el botón **Radicar**.
- Para actualizar los datos del radicado, seleccione el botón
- Para informar o eliminar informados del radicado, seleccione el botón
- Para reasignar directamente el radicado, seleccione el botón
- Para devolver el radicado, seleccione el botón
- Para anexar archivos o eliminarlos del radicado, seleccione el botón
- Para eliminar el consecutivo temporal, seleccione el botón

| No. de Radicado | Tipo de remitente | Responsable | fecha de ingreso a la entidad | fecha de asignación |
|------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 20265910044492 | Ciudadano | Profesional | 14/04/2026 | 11/03/2026 |
| 20265910044292 | Ciudadano | Profesional | 14/04/2026 | 15/04/2026 |
| 20265910042782 | Ciudadano | Profesional | 10/04/2026 | 15/04/2026 |
| 20265910034412 | Ciudadano | Profesional | 25/03/2026 | 15/04/2026 |
| 20265910034342 | Ciudadano | Profesional | 25/03/2026 | 15/04/2026 |
| 20265910019582 | Ciudadano | Profesional | 23/02/2026 | 27/03/2026 |
| 20265910001782 | Ciudadano | Profesional | 9/01/2026 | 22/04/2026 |
| 20255910160962 | Ente de control | Profesional | 31/12/2025 | 22/04/2026 |
| | | | | |
| | | | | |

| Estado | fecha de respuesta | fecha de envio al destinatario | Fecha de acuse de recibido |
|---------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| Revisado | 12/05/2026 | Pendiente | Pendiente |
| | | | |
| | | | |

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° 069 de 22/01/2026, que suscribi con la ALCALDIA LOCLA DE FONTIBON, 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 4 MES MAYO AÑO 2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

ANDREA MILENA ZABALA CARO

CÉDULA N°

1136883308

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

CONTRATACIÓN

TELÉFONO

3002056285

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 |
|--------------------------|------------|-------|--------------------------|
| ISABELLA HERNANDEZ AYALA | HIJA | 1 AÑO | NINGUNO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

Andrea Milena Zabala Caro

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 registrados 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



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

NUIP 1256218913

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240110926



| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina | | | | | | | |
| Registrador | <input checked="" type="checkbox"/> | Notaría | <input type="checkbox"/> | Número | <input type="checkbox"/> | Consulado | <input type="checkbox"/> |
| Corregimiento | <input type="checkbox"/> | Inspección de | <input type="checkbox"/> | Código | A | P | W |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía | | | | | | | |
| COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. USAQUEN-CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM-CL SANTA | | | | | | | |
| Datos del inscrito | | | | | | | |
| Primer Apellido | | | | Segundo Apellido | | | |
| HERNANDEZ | | | | ZABALA | | | |
| Nombre(s) | | | | | | | |
| ISABELLA | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | Sexo (en letras) | | Grupo sanguíneo | | Factor RH | |
| Año | 2025 | Mes | FEB | Día | 27 | FEMENINO | O POSITIVO |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) | | | | | | | |
| COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. | | | | | | | |
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | | | | Número certificado de nacido vivo | | | |
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | | | | 25029810067199 | | | |
| Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilíneas, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito) | | | | | | | |
| Apellidos y nombres completos | | | | | | | |
| ZABALA CARO ANDREA MILENA | | | | | | | |
| Documento de identificación (Clase y número) | | | | Nacionalidad | | | |
| CC No. 1136883308 | | | | COLOMBIA | | | |
| Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilíneas, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito) | | | | | | | |
| Apellidos y nombres completos | | | | | | | |
| HERNANDEZ AYALA MANUEL SANTIAGO | | | | | | | |
| Documento de identificación (Clase y número) | | | | Nacionalidad | | | |
| CC No. 1098716798 | | | | COLOMBIA | | | |
| Datos del declarante | | | | | | | |
| Apellidos y nombres completos | | | | | | | |
| HERNANDEZ AYALA MANUEL SANTIAGO | | | | | | | |
| Documento de identificación (Clase y número) | | | | Firma | | | |
| CC No. 1098716798 | | | | | | | |
| 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 | 2025 | Mes | MAR | Día | 03 | GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ Nombre y firma | |
| Reconocimiento paterno | | | | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento | | | |
| Firma | | | | Nombre y firma | | | |
| ESPACIO PARA NOTAS | | | | | | | |

NÚMERO DE PREPARACIÓN 118423792

| | |
|--|--|
| | ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, (ART. 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970). TIENE VIGENCIA PERMANENTE (ART 2. DEC 2189 DE 1983). EXENTO DE SELLO (ART. 11 DEC 2150 DE 1995) |
| | Fecha de Expedición 03 MAR 2025. |
| GUILLERMO MARTINEZ MARTINEZ Registrador Auxiliar de Usaquén | |
| Registraduría Auxiliar de Usaquén Registraduría Distrital del Estado Civil | |