

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de Marzo de 2026
NÚMERO INFORME: 3
PERÍODO: 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CPS-670-2026 del 29 de Enero de 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	C.C. 52959944
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	210 DÍAS CALENDARIO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	59.500.000 CINCUENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	8.500.000 OCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE
FECHA ACTA DE INICIO	3 de Febrero de 2026
PRÓRROGA	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	59.500.000 CINCUENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	210 DÍAS CALENDARIO
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	2 de Septiembre de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY COMO ABOGADO (A) EN LOS ASUNTOS CONSTITUCIONALES, LEGALES Y REGLAMENTARIOS DE SU COMPETENCIA RELACIONADOS CON EL DESARROLLO Y TRAMITE DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN SUS DIFERENTES ETAPAS, Y APOYAR EL IMPULSO Y TRAMITE DE PROCESOS SANCIONATORIOS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDO Y LA NORMATIVIDAD.

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

EPS	ARL	PENSION
COMPENSAR	POSITIVA	COLPENSIONES
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
71158862	marzo	
74578392	marzo	



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIÓN 1

Tramitar e impulsar jurídicamente los procesos de contratación asignados, en las etapas precontractual, contractual y poscontractual que adelante la Alcaldía Local de Kennedy -Fondo de Desarrollo Local de Kennedy para el cumplimiento de los planes, programas y proyectos establecidos en el Plan de Desarrollo Local de la localidad, realizando todas las gestiones necesarias para garantizar el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización de los mismos, dando estricta aplicación a la normatividad vigente sobre la materia y a las diferentes directrices, lineamientos, guías, procedimientos, y manuales expedidos por la Secretaría Distrital de Gobierno y la Agencia Nacional para la Contratación Pública Colombia Compra Eficiente.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
verificación estado contratos en etapa de liquidación y recomendaciones de contratos 831 y 832 de 2023.	carpeta on drive abril 2026
-verificación y recomendación de acciones convenio interadministrativo de comodato	

OBLIGACIÓN 2

Elaborar, revisar y dar trámite a los diferentes documentos, resoluciones, actas y/o formatos necesarios para adelantar los procesos y procedimientos de contratación asignados, en las etapas precontractual, contractual y poscontractual requeridos por la Alcaldía Local de Kennedy, de acuerdo con la normatividad vigente.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	

OBLIGACIÓN 3

Hacer parte de los comités jurídico estructurador y evaluador de los procesos de contratación adelantados por la Alcaldía Local de Kennedy y emitir conceptos en temas jurídicos en el marco del objeto del contrato.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	

OBLIGACIÓN 4

Adelantar y tramitar las diferentes modificaciones contractuales que le sean asignadas (adiciones, prorrogas, cesiones, terminaciones, otrosi, etc.), de acuerdo con los procedimientos y normatividad vigente..

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



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 5	
Validar y apoyar jurídicamente los procedimientos sancionatorios derivados de los contratos celebrados por el Fondo de Desarrollo Local de Kennedy, garantizando la aplicación del debido proceso y la normatividad y lineamientos vigentes sobre la materia	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 6	
Publicar la información en LA TIENDA VIRTUAL DEL ESTADO COLOMBIANO, SECOP I y II los trámites asignados, así como en los demás aplicativos en los cuales la Alcaldía Local de Kennedy, deba realizar la gestión, dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos en la normatividad vigente	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 7	
Revisar y apoyar la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento que se originen en las auditorías e informes emitidos por la secretaría de gobierno y los entes de control.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 8	
Validar, organizar y asistir las reuniones, capacitaciones, y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, dejando registro de la asistencia y participación en estas física y/ o virtual	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
- Sesión JAL (citación por casa CARVAJAL convenio interadministrativo). - Asistencia capacitación de escuela de gobierno "Planeación Contractual y Estudios Previos"	carpeta on drive abril 2026



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

<p>-Reunión equipo de infraestructura el 22 de abril de 2026. -Reunión equipo de infraestructura, asesoras jurídicas de procesos sancionatorios, apoyo a la supervisión contrato 832 y 831 de 2022. el 28 de abril de 2026 en el FDLK.</p>	
OBLIGACIÓN 9	
<p>Brindar respuestas a comunicaciones, requerimientos, solicitudes, derechos de petición que le sean asignadas, provenientes de entes de control, rama judicial, entidades públicas y/o privadas comunidad en general dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma, así como efectuar el trámite de cierre en los sistemas de información ORFEO y otros establecidos para ello, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente. Presentar los informes, reportes, estadísticas y bases de datos que sean requeridos y que den cuenta de la gestión y actividades realizadas durante el periodo, así como apoyar la identificación de alertas tempranas y puntos de control en el marco del desarrollo de las obligaciones contractuales. Desarrollar las acciones requeridas por el supervisor o quien haga sus veces para la eficiente supervisión de los contratos de personas naturales y jurídicas, realizando el seguimiento y verificación de las obligaciones contractuales que debe desarrollar el contratista, así como de los plazos y condiciones establecidas en la normatividad vigente.</p>	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Revisión respuesta derecho de petición con radicado 20265820352381	carpeta on drive abril 2026
OBLIGACIÓN 10	
<p>Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos en caso que sea asignado, realizando el seguimiento, verificación y constatación de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidas, realizando la programación y seguimiento al PAC, informes de seguimiento, acciones de liquidación entre las otras que sean requeridas, acorde con el manual de supervisión e interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldía Local y la normatividad vigente.</p>	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 11	
<p>Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.</p>	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 12	
<p>Apoyar jurídicamente en la revisión de documentos y solicitudes relacionadas con la gestión precontractual, contractual y post contractual requerida por la Secretaría de</p>	



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

Infraestructura, orientando los mismos bajo el cumplimiento de la normatividad vigente y orientando jurídicamente los procesos de evaluación de ofertas en el componente técnico en los procesos de selección contractual cuando sea requerido.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
-Revisión presupuesto plan de medios en contratos vigentes. - Contrato Interadministrativo de comodato No, 129-408-2023	carpeta on drive abril 2026
OBLIGACIÓN 13	
Revisar desde el punto de vista jurídico el insumo técnico para dar respuesta a acciones constitucionales (acción de tutela, acción popular, acción de grupo, acción de cumplimiento), así como de los medios de control de la jurisdicción de lo contencioso administrativo (nulidad por inconstitucionalidad, nulidad, nulidad y restablecimiento del derecho, reparación directa, controversias contractuales), cuyos contenidos se relacionen con las competencias de la Secretaría de Infraestructura. Esta actividad u obligación contractual debe realizarse bajo los lineamientos de la Oficina Jurídica de la Alcaldía Local de Kennedy.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 14	
Revisar las solicitudes de modificación de contratos y/o convenios de la Secretaría de Infraestructura.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 15	
Apoyar jurídicamente el previo requerimiento del supervisor, con la revisión o proyección de respuestas a las consultas, peticiones y requerimientos de origen interno y externo cuyos contenidos se relacionen con las competencias de la Secretaría de Infraestructura.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	
OBLIGACIÓN 16	
Generar alertas y recomendaciones que permitan el mejoramiento del contrato y la toma de decisiones, previa revisión de la documentación de liquidación contractual y/o de los informes de supervisión de los contratos de la Secretaría de Infraestructura.	



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DE ESTA ACTIVIDAD NO SE HICIERON REQUERIMIENTOS DURANTE EL MES	

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal:
111711
Tel. 3387000 -
3820660
Información Línea
195
www.gobiernobogota.gov.co

Código: GCO-GCI-F110
Versión: 08
Vigencia: 28 de enero de 2026
Caso HOLA: 22935
Página 6 de 7





CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido..." , no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: DIANA MARCELA VARGAS BECERRA
Cédula: 52959944

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

REVISIÓN DOCUMENTAL

Nombre: ANDRES ROMERO

Cargo: ASESOR DE CONTRATACIÓN

Firma:

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certifiqué el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.



**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

Estimado(a) Supervisor(a)

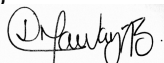
De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 3 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-670-2026, por un valor de \$ 8.500.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2026 al 30 de Abril de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 71158862 correspondiente al mes de marzo de 2026, para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que adjunto la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 74578392 correspondiente al mes de marzo de 2026. Así mismo, 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.

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.

Cordialmente,



DIANA MARCELA VARGAS BECERRA

C.C. 52959944

Correo electrónico:



ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO

FECHA DE RADICACION

ESTADO DEL TRAMITE

ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE

ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS

The screenshot shows a web browser window with the URL https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index_frames.php. The page title is "Orfeo" and it is labeled "Version Nueva". The user is logged in as "DIANA MARCELA VARGAS BECERRA" from the "Area de Gestion de Desarrollo Local Kennedy". The search results are empty, displaying a message: "NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS." The interface includes a navigation menu on the left with options like "Mis Consultas", "Solicitar Anulación", "RADICACION", "Mis Oficios", "Mis Memorandos", and "CARPETAS". The Windows taskbar at the bottom shows the date and time as 3:24 p. m. on 30/04/2026.

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-670-2026

Yo, DIANA MARCELA VARGAS BECERRA , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52959944 expedida en la ciudad de .

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	SI
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	NO

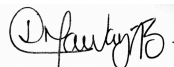
Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

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

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	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 Marzo del 2026.

Firma:



Nombre: DIANA MARCELA VARGAS BECERRA
C.C: 52959944 de
Dirección de correspondencia: Cra 60 N°67b-49 TORRE 2 APTO 303
Teléfono de contacto: 3164315163
Correo electrónico institucional:
Correo electrónico personal:

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-670-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-670-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y DIANA MARCELA VARGAS BECERRA, identificado(a) con el número de documento C.C. 52959944 , certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 3 presentado para el período comprendido entre el 1 de Abril de 2026 y el 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 \$8.500.000

En constancia se firma a los 4 días del mes de Marzo de (2026).


AR

JAVIER PRIETO TRISTANCHO
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY
(ENCARGADO)
SUPERVISOR



ANDRÉS ROMERO
REVISIÓN DOCUMENTAL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52959944	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA		CRA 60 # 67 B - 49 TORRE 2 APTO 303	9283081	marshii19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71158862	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,890,000	\$586.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.300	0		0		0	0	0	0	236.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	302.400	0	0	0	0	0	0		302.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.800	0	0	37.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	236.300	236.300
Pensión	1	302.400	302.400
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	37.800	37.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	586.400	586.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52959944	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA		CRA 60 # 67 B - 49 TORRE 2 APTO 303	9283081	marshii19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71158862	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,890,000	\$586.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IPD	IPD	IPD	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 52959944	VARGAS BECERRA DIANA MARCELA	59	0			N																25-14	1.890.000	30	302.400	0	0	0	0	EPS008	1.890.000	30	236.300	14-23	1.890.000	30	1	9.900	CCF24	1.890.000	30	37.800	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52959944	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA		CRA 60 # 67 B - 49 TORRE 2 APTO 303	9283081	marshii19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
71158862	01/04/2026	74578392	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	\$5,290,000	\$1.054.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	425.000	0		0		0	0	0	0	425.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	544.000	0	0	0	0	0	0		544.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.800				17.800	0	0	17.800			178	17.800	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	68.000	0	0	68.000	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	425.000	425.000
Pensión	1	544.000	544.000
Riesgos Laborales	1	17.800	17.800
CCF	1	68.000	68.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.054.800	1.054.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52959944	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA		CRA 60 # 67 B - 49 TORRE 2 APTO 303	9283081	marshii19@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
71158862	01/04/2026	74578392	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	N	\$5,290,000	\$1.054.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IPD	IPB	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 52959944	VARGAS BECERRA DIANA MARCELA		59	0			N																25-14	5.290.000	30	846.400	0	0	0	0	EPS008	5.290.000	30	661.300	14-23	5.290.000	30	1	27.700	CCF24	5.290.000	30	105.800	0	0	0	0	0

PAGADA

 Inicio

 Aportante

 Empleados y Beneficiarios

 Planillas

 Certificados y Reportes

 Ir a Cesantías

 Ir a Pensiones voluntarias

 Configuraciones básicas

 Ayudas

Resumen de pago

A continuación se encuentra la Información de la planilla:



[Guardar archivos en excel](#)



[Guardar en PDF](#)

Información de la planilla

Identificación	CC 52959944
Razon Social	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA
Numero de planilla	71158862
Periodo	Marzo de 2026
Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Vencimiento	2026/04/14
Fecha de pago	2026/04/01
Total pagado	\$586.400

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427
Razon Social	Compensar OI
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Medio de pago	Pago Electronico por PSE
Banco	BANCOLOMBIA
Numero de aprobación	187482224

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	\$ 302.400	\$ 0	\$ 302.400
860066942	Compensar EPS	\$ 236.300	\$ 0	\$ 236.300
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	\$ 9.900		

¿Necesitas ayuda?



NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	\$ 37.800	\$ 0	\$ 37.800
	Totales	\$ 586.400	\$ 0	\$ 586.400

[Ir a listado de planillas disponibles para pago](#)
[Ir a listado de planillas pagadas](#)



Inicio



Aportante



Empleados y Beneficiarios



Planillas



Certificados y Reportes



Ir a Cesantías



Ir a Pensiones voluntarias



Configuraciones básicas



Ayudas

miplanilla.com
Pagos de Planillas Integradas

Gestión y pago de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Información importante

Plazos para pago
Tarifas de UPC Adicional
Términos y condiciones

Enlaces de interes

Compensar
Comfenalco Valle
Compensar EPS
Comfenalco Valle EPS

Contáctanos

Líneas de atención

Línea Gratuita Nacional
[018000117006](tel:018000117006)
Bogotá: [6013077006](tel:6013077006)

Navegadores Compatibles



IE Explorer
Version 10+



Chrome
Version 27+



Mozilla
Version 18+



Safari
Version 6+

Un producto  **compensar**

Comfenalco Valle
delagente

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Powered by




Todos los derechos reservados © 2026 - Compensar - Cenet S.A.

[¿Necesitas ayuda?](#)



 Inicio

 Aportante

 Empleados y Beneficiarios

 Planillas

 Certificados y Reportes

 Ir a Cesantías

 Ir a Pensiones voluntarias

 Configuraciones básicas

 Ayudas

Resumen de pago

A continuación se encuentra la Información de la planilla:



[Guardar archivos en excel](#)



[Guardar en PDF](#)

Información de la planilla

Identificación	CC 52959944
Razon Social	DIANA MARCELA VARGAS BECERRA
Numero de planilla	74578392
Periodo	Marzo de 2026
Tipo de planilla	N - Corrección
Vencimiento	2026/04/14
Fecha de pago	2026/04/09
Total pagado	\$1.054.800

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427
Razon Social	Compensar OI
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Medio de pago	Pago Electronico por PSE
Banco	NEQUI
Numero de aprobación	210304154

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	\$ 544.000	\$ 0	\$ 544.000
860066942	Compensar EPS	\$ 425.000	\$ 0	\$ 425.000
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	\$ 17.800		



¿Necesitas ayuda?



NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	\$ 68.000	\$ 0	\$ 68.000
Totales		\$ 1.054.800	\$ 0	\$ 1.054.800

[Ir a listado de planillas disponibles para pago](#)

[Ir a listado de planillas pagadas](#)



Inicio



Aportante



Empleados y Beneficiarios



Planillas



Certificados y Reportes



Ir a Cesantías



Ir a Pensiones voluntarias



Configuraciones básicas



Ayudas

miplanilla.com
Pagos de Planillas de Aportes

Gestión y pago de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Información importante

Plazos para pago
Tarifas de UPC Adicional
Términos y condiciones

Enlaces de interes

Compensar
Comfenalco Valle
Compensar EPS
Comfenalco Valle EPS

Contáctanos

Líneas de atención

Línea Gratuita Nacional
[018000117006](tel:018000117006)
Bogotá: [6013077006](tel:6013077006)

Navegadores Compatibles



IE Explorer
Version 10+



Chrome
Version 27+



Mozilla
Version 18+



Safari
Version 6+

Un producto **compensar**

Comfenalco Valle
delagente

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Powered by **Cenet**

Todos los derechos reservados © 2026 - Compensar - Cenet S.A.

[¿Necesitas ayuda?](#)



**Certificado de cónyuge, padres o hermanos dependientes
EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO**

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la Señora Angela María Becerra Guerrero, identificada con la cédula de ciudadanía 35.455.530, residente de la ciudad de Bogotá D.C., es Madre de la Señorita Diana Marcela Vargas Becerra, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.959.944.

Que en la actualidad la Señora Angela María Becerra Guerrero no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple los criterios para que pueda figurar como dependiente de la Señorita Diana Marcela Vargas Becerra.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá D.C., a los 3 días del mes de marzo de 2026.

Natalia Ruiz V.
NATALIA RUIZ VALDERRAMA
C.C.:1.018.416.984
T.P.:159986-T

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

150986-T

NATALIA
RUIZ VALDERIANA
C.C. 1018416934
RESOLUCION DE INSCRIPCION 177
UNIVERSIDAD SAITO TOMAS

FECHA 09/06/2011

PRESIDENTE

Mauricio Español León

MAURICIO ESPAÑOL LEON 170814



FIRMA DEL TITULAR **86160**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.





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° 670 de 03/02/2026, que suscribi con la ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY, 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 30 MES 4 AÑO 2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
DIANA MARCELA VARGAS BECERRA	52.959.944	CONTRATACIÓN	3164315163

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
ANGELA MARIA BECERRA GUERRERO	MADRE	71	\$ 0

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

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisitos: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:
* Nombre del estudiante
* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisitos:
* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisitos:
* Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.
* Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito
* Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:
* Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador
* Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco
* Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT
* Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

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

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL- SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requerido en cada caso de se debe anotar 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 insinuando la solicitud