1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 991158

CONTRATO No. 47000172026 Del 10/01/2026 **SEDE O REGIONAL**: Magdalena

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 10/01/2026 HASTA: 30/09/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **KATIA ANDREA GONZALEZ ROBLES**

No. Documento de identificación: **1,082,853,349** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4646514637** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **1**

Pago No.: **4 / 9** Mes de Pago: **ABRIL** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	**51,255,783.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**5,695,087.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**22,780,348.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**28,475,435.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 21826 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4699-1500-3-53105B-4699018-02	27	**5,695,087.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	**284,754.00**
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*)	**364,486.00**
APORTES FSP (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**11,891.00**
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	**0.00**
APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*):	**0.00**
CUENTA DE AHORRO AVC (*):	**0.00**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1) APOYAR A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE MAGDALENA EN EL SEGUIMIENTO DE LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y PROCESOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL.	1. Revisión y control de legalidad sobre procesos de reapertura de HCB 2. Reunión de seguimiento a los procesos que involucran el Derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades afrodescendientes del Departamento del Magdalena. 3. Reunión de concertación con el Consejo Comunitario Jacobo Pérez Escobar 16 de abril de 2026
2) BRINDAR APOYO EN LA REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA PARA LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y/O TEMAS A EVALUAR Y/O INVESTIGAR EN LAREGIONAL MAGDALENA.	1. Revisión de los actos administrativos Por medio de los cuales se apertura y se cierran hogares sustitutos al Centro Zonal Plato, Santa Marta 1 y Santa Ana y Fundación. 2. Revisión de actos administrativos de reapertura de HCB correspondientes al Centro Zonal Fundación. 3. Revisión y ajustes de las respuestas emitidas a las solicitudes de calculo actuarial y bono pensional de madres comunitarias.
3) APOYAR LA ELABORACIÓN OPORTUNA DE RESPUESTAS A PETICIONESYCONSULTAS RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO.	1. Apoyo en la construcción de respuesta Petición presentada por organizaciones afro del Departamento.
4) PREPARAR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES Y COMITÉS TÉCNICOS QUESOLICITEEL SUPERVISORY REALIZAR LAS AYUDAS DE MEMORIA Y/O ACTAS RESPECTIVAS, EN EL DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	1. Asistencia y proyección de alianza ICBF – Universidad Nacional Abierta y a Distancia 2. Asistencia a reuniones de seguimiento a Alianza ICBF- HI Servicios 3. Asistencia a reuniones y proyección de Alianza ICBF- JCI Santa Marta 4. Asistencia a reuniones para la realización de actividad de día del niño en el marco de la Alianza ICBF- Batallón primero de acción integral. 5. Asistencia a actividad del día del niño CDI Ciudad de la Alegría 6. Participación en mesa de trabajo con la el centro zonal El Banco para revisión de procesos de cierre de Hogares Sustitutos
5) PREPARAR Y PRESENTAR INFORMES DE SEGUIMIENTO Y GESTIÓN DE LOS PROCESOSA SU CARGO	Durante este periodo no fueron asignadas tareas respecto a esta obligación contractual.
6) APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES CORRESPONDIENTES A LADIRECCIÓN REGIONAL DENTRO DEL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES QUE REGULAN LAS COMPETENCIAS DEL ICBF	1. Elaboración del convenio ICBF_ SNARIV 2. Proyección de oficios para construcción de alianzas con UNIMAGDALENA 3. Proyección de oficios para construcción de alianza SRPA 4. Proyección de acta de reunión de seguimiento Alianza ICBF- Ejercito Nacional

7) PROYECTAR Y REVISAR PARA LA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL LOSACTOSADMINISTRATIVOS DE CONTENIDO JURÍDICO QUE DEBA SUSCRIBIR Y CUYA PREPARACIÓN LECORRESPONDA, Y ANALIZAR Y EFECTUAR EL CONTROL DE LEGALIDAD DE LOS QUE PREPAREN OTRAS DEPENDENCIAS DE LA REGIONAL	1. Revisión de los procesos de reaperturas de los HCB correspondientes a los centros zonales Ciénaga y Plato. 2. Revisión de los actos administrativos de cierre de hogares sustituto del Centro zonal El Banco 3. Revisión de actos administrativos de incapacidades, vacaciones y otros emanados de la coordinación administrativa y de talento humano 4. Revisión de actos administrativos que otorgan permiso académico para la firma de la directora regional 5. Revisión de oficios de aseguramiento a la calidad para la firma de la directora regional
8) DAR RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICIÓN, EN RELACIÓN CON ASUNTOS JURÍDICOS, CONSOLIDAR Y REVISAR LAS RESPUESTAS A LOS REQUERIMIENTOS DE LOS ENTES DECONTROL PARA FIRMA DEL DIRECTOR REGIONAL, QUE NO SEAN DE COMPETENCIA DE LADIRECCIÓN GENERAL	1. Revisión de respuestas a peticiones en el marco del incidente presentado en el CDI Los infantes del municipio de Fundación. 2. Apoyo en la Respuesta a petición presentada por Consejo Comunitario Jacobo Pérez Escobar 3. Proyección de Respuesta a petición presentada por Unidad de Restitución de Tierras 4. Proyección de respuesta a peticiones de protección
9) ATENDER LOS DEMÁS REQUERIMIENTOS QUE EFECTUÉ EL SUPERVISOR Y QUESEAN INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO.	1. Revisión de respuesta a solicitud remitida por la procuradora provincial para temas de responsabilidad penal 2. Consulta a la OAJ en el marco de la viabilidad de alianza ICBF-Ejercito Nacional

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 47000172026 DEL 2026.

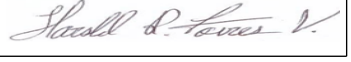
Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,082,853,349

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de cinco millones seiscientos noventa y cinco mil ochenta y siete pesos m/cte.,($ 5,695,087.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
HAROLD TORRES VELASQUEZ	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DIRECCION ICBF REGIONAL MAGDALENA	

Revisó:_____

Santa Marta, 23/04/2026

Documento de cobro No ***4***

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:

KATIA ANDREA GONZALEZ ROBLES
NIT. No. 1082853349-4

La suma de ***cinco millones seiscientos noventa y cinco mil ochenta y siete pesos M/cte****.* ***($5.695.087****), por concepto de Prestar Servicios Profesionales Para Apoyar A La Dirección Regional Magdalena En Los Asuntos Relacionados Con El Seguimiento En La Ejecución De Los Procesos Estratégicos, Misionales Y De Apoyo, del contrato* ***N° 47000172026*** *del año 2026.*

Consignar a la cuenta número 51789120025 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/04/2026	30/04/2026

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 6910

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	SI/NO
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.* *Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11% o 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales* *No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 69.718.600,00)*	*NO*
4	*• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($ 174.296.500,00 - 2025) ($ 183.309.000,00 - 2026) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 199.196.000,00 - 2025) ($ 209.496.000,00 - 2026) con el Estado*	*NO*
	• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($ 174.296.500,00 - 2025) ($ 183.309.000,00 - 2026) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT ($ 209.496.000,00 - 2026) ($ 199.196.000,00 - 2025)	*NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0,00 %*
6	• ***PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro****, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y articulo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (****Pago anticipado de seguridad social****, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)*	*SI*
	• ***PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con* ***los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*NO*

Cordialmente,

KATIA ANDREA GONZALEZ ROBLES

C.C.: ***1082853349***
Dirección: ***VI 28 28 8 MZ 28 CA 8 URB EL PARQUE***
Celular: ***3003381914***
Correo Electrónico: ***mirutaconproposito@gmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082853349
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KATIA ANDREA GONZALEZ ROBLES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 26 N° 15 - 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - AGOSTO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4646514637**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996422434

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	$ 364.500
SUBTOTAL:			1	**$ 364.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 284.800
SUBTOTAL:			1	**$ 284.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 11.900
SUBTOTAL:			1	**$ 11.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 661.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 661.200**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1082853349
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KATIA ANDREA GONZALEZ ROBLES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 26 N° 15 - 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - AGOSTO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4646514637**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996422434

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 364.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 364.500	$ 0	$ 364.500
SUBTOTALES:										**$ 364.500**	**$ 0**	**$ 364.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 284.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 284.800	$ 0	$ 0	$ 284.800
SUBTOTALES:													**$ 284.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 284.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.900	$ 11.900	$ 0	$ 0	$ 11.900
SUBTOTALES:									**$ 11.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1082853349	GONZALEZ ROBLES KATIA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.278.035				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.278.035	$ 364.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 364.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.278.035	$ 284.800	$ 0	$ 284.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.278.035	108285334	$ 11.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 661.200

achSOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva — Planilla Pagada

Santa Marta, 23, Abril de 2026

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, GONZALEZ ROBLES KATIA ANDREA identificado(a) con CC N.º 1082853349, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2277 de 2022 "Reforma Tributaria para la Igualdad y la Justicia Social" y Decreto 2231 del 22 diciembre de 2023, informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI **X** NO ___

2. Que los ingresos por el Contrato N°.47000172026 del 10 de Enero de 2026, corresponde al concepto de:

X Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
__ Cedula de Pensiones
__ Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 3.1. El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar los costos y gastos procedentes en desarrollo de esta actividad. (Artículo 206, 383 E.T, Parágrafo 2 y Art- 392 E.T)

(SI- Aplica retención por Honorarios/Servicios (11%,10% o 6%,4% - Art.392) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de servicios personales).

(NO - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (Renta exenta 25%))

SI ___ NO **X**

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18 y Ley 2277 de 2022 Artículo 9, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCA

NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.
2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

.**NOTA:**

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCP, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2026 .

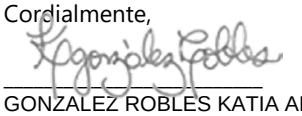
3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ___ NO **X**

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ___ NO **X**

Cordialmente,



_____
GONZALEZ ROBLES KATIA ANDREA
CC 1082853349
Celular: 3003381914
correo: mirutaconproposito@gmail.com

Fecha de impresión: **4/23/2026 7:27:58 PM**

NOTA:
Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

- ***1.1*** ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
- ***1.2*** ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
- ***1.3*** ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
- *2.* ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
- *3.* ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*