

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033698738	FROYLAN SNAIDER SANCHEZ PIZA	cra 24 N 39 59	5211164	froylanzan@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70310100	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$2.203.700	

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	917.500	0		0		0	0	0	0	917.500	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	
230301	Porvenir	800224808-8	1.174.400	0	0	36.700	36.700	0	0		1.247.800	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	38.400				38.400	0	0	38.400			384	38.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	917.500	917.500
Pensión	1	1.247.800	1.247.800
Riesgos Laborales	1	38.400	38.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.203.700	2.203.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033698738	FROYLAN SNAIDER SANCHEZ PIZA		cra 24 N 39 59	5211164	froylanzan@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
		70310100	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$2.203.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 1033698738	SANCHEZ PIZA FROYLAN SNAIDER		59	0			N																230301	7.340.000	30	1.174.400	0	0	36.700	36.700	EPS008	7.340.000	30	917.500	14-23	7.340.000	30	1	38.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

▲ MOSTRAR DETALLE

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

⏪ Volver

Evaluar proveedor Imprimir < >

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
Pago 001	PAGO 01 CPS 002-2026	2/03/2026 7:00 AM (UTC-6 horas)	26/03/2026 9:00 AM (UTC-6 horas)	2.053.333 COP	2.053.333 COP	2.053.333 COP	Pagado Detalle
Pago 002	PAGO 02 CPS 002-2026	2/03/2026 7:00 AM (UTC-6 horas)	26/03/2026 9:00 AM (UTC-6 horas)	5.600.000 COP	5.600.000 COP	5.600.000 COP	Pagado Detalle
Pago 003	PAGO 03 CPS 002-2026	1/04/2026 10:29 AM (UTC-6 horas)	20/04/2026 12:00 PM (UTC-6 horas)	5.600.000 COP	5.600.000 COP	5.600.000 COP	Pagado Detalle

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	44.800.000,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	13.253.333,00 COP	29,58%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	13.253.333,00 COP	29,58%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	31.546.667,00 COP	70,42%	-
Valor pendiente de entrega:	44.800.000,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	002-2026_ACTA DE INICIO.pdf	002-2026_ACTA DE INICIO.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	ARL 002-2026 CPS-P(145661).pdf	ARL 002-2026 CPS-P(145661).pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	CRP-P 002-2026.pdf	CRP-P 002-2026.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	memo 20265420001313 unificado con base.pdf	memo 20265420001313 unificado con base.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo



Consulta de Radicados

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación
- RADICACION**
- Mis Oficios
- Mis Memorandos
- CARPETAS**
- Mis Entrada (2)
- Mis Oficios (0)
- Mis Memorandos (0)
- Mis Visto Bueno (0)
- Mis Devueltos (0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)



CONSULTA DE RADICADOS

Radicado número:	<input type="text"/>
Tipo de Radicado:	Todos los tipos ▼
Asunto:	<input type="text"/>
Remitente / Destinatario:	<input type="text"/>
Correo electrónico ciudadano:	<input type="text"/>
Cedula ciudadano:	<input type="text"/>
Requerimiento Sistema Distrital de Quejas y Soluciones:	<input type="text"/>
Dependencia Actual:	Todas las dependencias... ▼
Periodo:	Seleccione un rango de fechas... ▼ Desde (dd-mm-yyyy): 01-01-2026 Hasta (dd-mm-yyyy): 25-04-2026

[Consultar](#)

• Escriba los datos del radicado o seleccione las opciones disponibles y pulse el botón Consultar.

Windows taskbar showing search bar, taskbar with applications (OBLIGACIÓN 6, Descargas, FROYLAN SAN..., Sistema de G..., WhatsApp - Go..., Calculadora, Recorte y anota..., Word), system tray (14°C, ESP, sábado 25/04/2026, 4:30 p. m.)



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Código: GCO-GCHF137
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° 002 del 2026 de 15/01/2026, que suscribí con la ALCALDÍA LOCAL DE SAN CRISTÓBAL, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con 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

04

MES

05

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

FROYLAN SNAIDER SANCHEZ PIZA

CÉDULA N°

1033698738

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

CONTRATACION

TELÉFONO

3125211164

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
SOFA SANCHEZ MUNAR	HUJA	8	0
JULIETA SANCHEZ MUNAR	HUJA	6	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 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 o programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

- * Nombre del estudiante
- * Nombre 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 o 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 o ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos o 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 o 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 o psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE MÍ

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

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

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

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

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

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

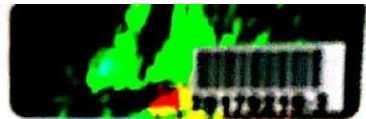
NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

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 requeridos en cada caso de se debe anotar por única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente



NUIP 1.028.792.798

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 57631951
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A C Q
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

País: Departamento: Municipio: Corregimiento o/a Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TUNJUELITO - H EL TUNAL - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	MUNAR

Nombre(s) SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAR Día 24	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13883721-9

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, omitir el progenitor que indiquen las declaraciones para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos MUNAR HIDALGO LADY JULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.012.335.470	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, omitir el progenitor que indiquen las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos SANCHEZ PIZA FROYLAN SNAIDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.033.698.738	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SANCHEZ PIZA FROYLAN SNAIDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.033.698.738	<i>Froylan Sanchez</i>

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
----------------------	---

2017 Mes MAR Día 29

MARIO LUIS HINESTROZA ORTIZ REGIS
Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
------------------------	---

Froylan Sanchez
Firma

Mario Luis Hinestroza Ortiz
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS
29.MAR.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 170 FOLIO 072 HENRY.

REPUBLICA DE COLOMBIA

ES FOTOCOPIA AUTENTICA TOMADA DEL DOCUMENTO ORIGINAL, QUE REPOSA EN NUESTROS ARCHIVOS

(Art. Nos. 114 y 115 Decreto 1260 de 1970 y Art. 1 Decreto 278 de 1972)
"ESTE DOCUMENTO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO"
(Art. No. 2 del Decreto 2189 de 1983)

EXPEDIDO EN BOGOTA D.C. 29 MAR 2017

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

68 LIBRETA DE INSCRIPCIÓN NOTARIAL COLOMBIANO

NUIP 11A1744970

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60022191

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **D T Z**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía **COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.**

Datos del inscrito

Primer Apellido **SANCHEZ** Segundo Apellido **MUNAR**

Nombre(s) **JULIETA**

Fecha de nacimiento Año **2017** Mes **ABR** Día **14** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) **COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**

Número certificado de nacido vivo **15390481-2**

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea multilínea, a parpaso del mismo sexo, anotar al progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **MUNAR HIDALGO LADY JULIETH** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC 1012335470 de BOGOTÁ**

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea multilínea, a parpaso del mismo sexo, anotar al progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **SANCHEZ PIZA FROYLAN SNAIDER** Nacionalidad **COLOMBIANO**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC 1033698730 de BOGOTÁ**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **SANCHEZ PIZA FROYLAN SNAIDER**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC 1033698730 de BOGOTÁ**

Firma **[Firma]**

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 Año **2017** Mes **MAY** Día **15**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **JORGE HERNANDO RICO CRILELO**

Nombre y firma **[Firma]**

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

NOTARIA 68 REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY **15 MAYO 2019** CON VALIDEZ PERMANENTE.

Primera (8) Exenia de Registro