

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen 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 NOVIEMBRE DE 2025 CUENTA DE COBRO NUMERO 9

Yo LUIS CAMILO GOMEZ GUEVARA identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos seencuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI ☒ NO ☐ Pertenece a rentas de trabajo

SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES
NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A:

LUIS CAMILO GOMEZ GUEVARA CC 1070611652 DE GIRARDOT

Por Concepto de: Prestación los servicios profesionales de carácter jurídico como abogado junior II al fondo de desarrollo local en el fortalecimiento de las etapas de la gestión pública contractual, en cumplimiento del plan de desarrollo local vigente.

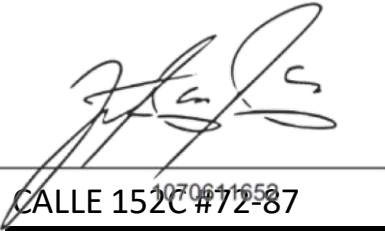
Periodo comprendido entre: 1 DE OCTUBRE DE 2025 AL 31 DE OCTUBRE DE 2025 y

La suma de: **\$ 6.000.000** (SEIS MILLONES DE PESOS)

Tipo de Contrato	Prestación de servicios	023-2025 CPS-P (127659)	Pago No	9	DE	11
Planilla Pago de seguridad Social No	7987849627	y				
Periodo cotizado	SEPTIMBRE	y				
Fecha de pago	24/10/2025	y				
Ingreso Base de Cotización	2.400.000	y				

IBC SEGÚN VALOR COBRADO		2.400.000
Favor Consignar en Banco:	Cuenta	AHORROS No 488423367249

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 **023-2025 CPS-P (127659)**, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES 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.

FIRMA: 
DIRECCION: CALLE 152C #72-87 TELEFONO: 3148816543
Correo electrónico contacto: LUISCAMILO14@HOTMAIL.COM

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 9 PERÍODO: «1 DE OCTUBRE» AL «31 DE OCTUBRE» DE «2025»	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	«Contrato de Prestación de Servicios Profesionales »
No. CONTRATO Y FECHA	«023-2025 CPS-P (127659) 13 DE FEBRERO DE 2025»
NOMBRE DEL CONTRATISTA	«LUIS CAMILO GOMEZ GUEVARA»
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	«1.070.611.652 DE GIRARDOT»
PLAZO DE EJECUCIÓN	«10 MESES Y 15 DIAS»
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	«48.000.000»
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	«6.000.000»
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	«O230117459920242717»
FECHA ACTA DE INICIO	«14 DE FEBRERO DE 2025»
PRÓRROGA¹	«2 MESES Y 15 DIAS»
ADICIÓN	«15.000.000»
SUSPENSIÓN	«N/A»
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSENSIONES)	«28 DE DICIEMBRE DE 2025»
OBJETO DEL CONTRATO	«Prestación los servicios profesionales de carácter jurídico como abogado junior II al fondo de desarrollo local en el fortalecimiento de las etapas de la gestión pública contractual, en cumplimiento del plan de desarrollo local vigente»

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

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Realizar las fases precontractuales, contractuales y post contractuales que le sean asignados para el trámite respectivo y su respectivo cague dentro de las plataformas de SECOP y SIPSE	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato
2.Elaborar prorrogas, adiciones, actas de suspensión y reinicio, y demás documentos requeridos en los procesos contractuales del Fondo de Desarrollo Local le sean asignados.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato
3. Entregar la información necesaria y requerida con el fin de alimentar mes a mes la base de procesos contractuales, así como información requerida para entregar a las entidades de control	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato
4. Realizar el cargue de información al SECOP, y SIPSE referente a todas las novedades contractuales, tales como subir mes a mes los informes de ejecución presentado por los contratistas con el fin de dar cumplimiento a lo ordenado en la ley	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato

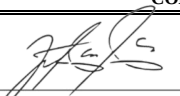
ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
5. Apoyar y proyectar liquidación de los contratos y convenios que se le asignen, así como el seguimiento a las obligaciones por pagar y acompañar la mesa de trabajo que se encarga de tales asuntos y mantener actualizado el informe mensual requerido por la secretaria distrital de gobierno.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, se realizó esta actividad este mes para hacer los primeros requerimientos para proceder en la liberación de los recursos.	1. Liberación 225-2023 2. Liberación 228-2023 3. Liberación 243-2023	Carpeta Onedrive - Obligación # 5
6. Asistir a reuniones, comités de contratación, capacitaciones, comités de seguimiento de la inversión y ejecución contractual, entre otros y hacer parte de los comités que le delegue el Alcalde Local.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025 Asistir a reuniones, comités de contratación, capacitaciones, comités de seguimiento de la inversión y ejecución contractual, entre otros y hacer parte de los comités que le delegue el alcalde Local.	1. Reunión de Obligaciones por Pagar. 1 2. Reunión de Obligaciones por Pagar 2	Carpeta Onedrive - Obligación # 6
7. Apoyar al Fondo en los trámites correspondientes a las audiencias del debido proceso, que se adelanta para la imposición de sanciones contractuales, elaborando el estudio de los casos y los actos administrativos sancionatorios que correspondan.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato
8. Emitir los conceptos jurídicos en materia contractual, que le sean solicitados.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
9. Resolver consultas, prestar asistencia y emitir conceptos en los asuntos de su competen	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, se realizo el memorando por medio del cual los contratista presentaran informe de las actuaciones liquidadas.	1. MEMORADO 2. EXCEL MEMORANDO	Carpeta Onedrive - Obligación # 10
10. Apoyar y/o proyectar las respuestas de los requerimientos que efectúen los diferentes entes de control, corporaciones públicas y ciudadanía en general, respecto de la contratación adelantada por el Fondo de Desarrollo Local de Los Mártires, y suministrar la información para la consolidación de aquellos que se requieran.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, se realizo un requerimiento solicitando la presentación de la cuenta.	1. REQUERIMIENTO 20256420520521 2. SOLICITUD DE LOS ESTADOS FINANCIEROS	Carpeta Onedrive - Obligación # 10
11 . El contratista deberá participar en cada una de las actividades que el Sistema Integrado de Gestión SIG desarrolle, para lo cual deberá entregar al supervisor del contrato en su informe ejecutivo de actividades el reporte de la (s) actividad (es) en las que participó en el período correspondiente.	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato	Del 1 al 31 de OCTUBRE de 2025, NO se realizó esta actividad sin que afecte la ejecución del contrato

ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
12. Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual	En el presente periodo se acordó el reparto de las obligaciones correspondientes al mes de OCTUBRE para garantizar el debido cumplimiento del contrato.	1. cuadro de reparto asignado por el apoyo a la supervisión – OBLIGACIONES POR PAGAR	Carpeta Onedrive - Obligación # 12
INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
	SURA EPS	POSITIVA	PORVENIR
FIRMAS			
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.		CONTRATISTA	
		 Firma: Nombre: Luis Camilo Gómez Guevara Cédula: 1.070.611.652	
		SUPERVISOR/INTERVENTOR	
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		Nombre: JOHN JADER SUAREZ DELGADO Cargo: ALCALDE LOCAL Firma:	
		APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE) Nombre: LUISA FERNANDA MALAGON GOMEZ Cargo: Apoyo A La Supervisión Firma: 	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1070611652				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:					BOGOTA DISTRITO CAPITAL					DEPARTAMENTO:					BOGOTA - DISTRITO CAPITAL				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CLL 152 C 72-65 TORRE 1 APTO					TELÉFONO:					11111111				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
TIPO EMPRESA:					SUCURSAL					SUCURSAL / DEPENDENCIA:					002 - FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE RAFAEL URIB				
FORMA DE PRESENTACIÓN:															NO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

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	
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 450.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.800	\$ 0	\$ 450.600	\$ 2.800	\$ 453.400	
SUBTOTALES:												\$ 450.600	\$ 2.800	\$ 453.400	

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1		\$ 0		\$ 0			\$ 352.000	\$ 0	\$ 2.200	\$ 0	\$ 352.000	\$ 2.200		\$ 354.200
SUBTOTALES:															\$ 352.000	\$ 2.200	\$ 0	\$ 354.200

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	\$ 14.700	\$ 14.700	\$ 100	\$ 0	\$ 14.800
SUBTOTALES:									\$ 14.700	\$ 100	\$ 0	\$ 14.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP					IBCF	ESAP	MINED					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN				DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	
1	CC 1070611652	GOMEZ GUEVARA LUIS CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.816.000			NO																		230301-PORVENIR	30	2.816.000	\$ 450.600	\$	\$	\$	Normal	\$ 450.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2.816.000	\$ 352.000	\$	\$ 352.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.816.000	1070611652	\$ 14.700	\$	\$	\$	\$	\$



 AYUDA INFO CREDITOS CONTRASEÑA ESTADISTICAS CERRAR



Mis Consultas



Solicitar Anulación



RADICACION



Mis Oficios



Mis Memorandos



CARPETAS



Mis Entrada(0)



Mis Oficios(1)



Mis Memorandos(0)



Mis Visto Bueno(0)



Mis Devueltos(0)



Mis Agendados (0)



Mis Informados (0)



Mis Personales (0)



LISTADO DE:

USUARIO:

DEPENDENCIA:

Entrada

LUIS CAMILO
GOMEZ
GUEVARA

Area de Gestion de Desarrollo Local
Martires

Radicados:

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

No se encuentran radicados con los datos de busqueda digitados.

Número de Contrato 023 de 2025

Yo, LUIS CAMILO GOMEZ GUEVARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.070.611.652 expedida en la ciudad de Girardot.

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		X
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)		X
Soy Declarante de Renta año 2024	X	
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.	X	

X

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 cumplo 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)		X
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		X
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		X

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	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)		X
¿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)	X	

Se expide y firma a los (4) días del mes de noviembre del 2025.

Firma:

Nombre: LUIS CAMILO GOMEZ GUEVARA

C.C: 1070611652

Dirección de correspondencia: CALLE152C#72-87

Teléfono de contacto: 3148816543

Correo electrónico institucional: LUISC.GOMEZ@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: LUISCAMILO14@HOTMAIL.COM



SECRETARÍA DE GOBIERNO

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° 023-2025 de 13/02/2025, que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES, 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

4

10

AÑO

2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

LUIS CAMILO GOMEZ GUEVARA

CÉDULA N°

1070611652

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

CONTRATOS

TELÉFONO

3148816543

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
TAMARA GOMEZ RESTREPO	HUJA	3	N/A

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.

X

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 VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE ES CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE MÍ



FIRMA DEL CONTRATISTA

1070611652

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

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

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

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

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

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

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

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

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

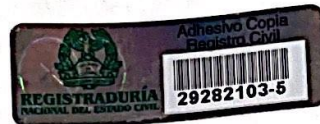
INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud



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



6 3 7 9 4 2 9 1

NUIP	1243761207	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	63794291
-------------	------------	-------------------------------------	--------------------------	-----------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☒	Notaria ☐	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de ☐	Código	A	7	G
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. CHAPINERO-CLINICA COLSUBSIDIO CALLE 94 EPS FAMISANAR

Datos del Inscrito

Primer Apellido	GOMEZ	Segundo Apellido	RESTREPO
-----------------	-------	------------------	----------

Nombre(s)
TAMARA

Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2 0 2 1	Mes	S E P	Día
		0 6	FEMENINO	AB
		POSITIVO		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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	167982414

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

Apellidos y nombres completos
RESTREPO JALAL MARIA CAMILA VALENTINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1140881410	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos
GOMEZ GUEVARA LUIS CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1070611652	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GOMEZ GUEVARA LUIS CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1070611652	

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	2 0 2 1	Mes	S E P	Día	0 7
-----	---------	-----	-------	-----	-----

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:SE OMITEN IMPRESIONES PLANTARES DEL INSCRITO DE ACUERDO A CIRCULAR NO 084 01/SEP/2020; OTRO:CN - RUAF;07/09/2021

Registro Civil de Nacimiento

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente, a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de

HUELLAS PLANTARES	
PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
SE OMITEN IMPRESIONES PLANTARES DEL INSCRITO DE ACUERDO A CIRCULAR No 084	

HUELLAS DIGITALES	INDICE DERECHO	INDICE IZQUIERDO
	Imposibilidad física de capturar la huella	Imposibilidad física de capturar la huella