

**FECHA DE PRESENTACIÓN: 1 de Junio de 2026  
NÚMERO INFORME: 4  
PERÍODO: 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026**

**DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO**

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>  | <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>   |                         |
| <b>No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN</b>  | <b>CPS-421-2026 del 13 de Enero de 2026</b>  |                         |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>  | <b>JOSE VICENTE ESCOBAR higuera</b>  |                         |
| <b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)</b>                           | <b>C.C. 17387532</b>   |                         |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)</b>  | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN</b>  | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN</b>  | <b>240 DÍAS CALENDARIO</b>   |                         |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>  | <b>52.000.000 CINCUENTA Y DOS MILLONES PESOS M/CTE</b>   |                         |
| <b>NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL</b>   | <b>1776</b>  |                         |
| <b>VALOR DEL PERIODO DE COBRO</b>  | <b>6.500.000 SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE</b>  |                         |
| <b>FECHA ACTA DE INICIO</b>  | <b>19 de Enero de 2026</b>   |                         |
| <b>PRÓRROGA</b>  | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>ADICIÓN</b>   | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>SUSPENSIÓN</b>  | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>REINICIO</b>  | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>CESIÓN (CUANDO APLIQUE)</b>   | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)</b>   | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)</b>   | <b>N/A</b>   |                         |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>  | <b>52.000.000 CINCUENTA Y DOS MILLONES PESOS M/CTE</b>   |                         |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO</b>  | <b>240 DÍAS CALENDARIO</b>   |                         |
| <b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)</b> | <b>18 de Septiembre de 2026</b>  |                         |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>   | <b>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR TÉCNICAMENTE LAS DISTINTAS ETAPAS DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES LAS ACCIONES QUE SEAN REQUERIDAS POR EL ÁREA DE GESTIÓN POLICIVO-JURÍDICA DE LA ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY</b> |                         |
| <b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL</b>   |  |                         |
| <b>EPS</b>   | <b>ARL</b>   | <b>PENSION</b>          |
| <b>SALUD TOTAL S.A. E.P.S.</b>   | <b>POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS</b>  | <b>PORVENIR S.A.</b>    |
| <b>NÚMERO DE PLANILLA</b>  |  | <b>PERIODO COTIZADO</b> |
| <b>1082269138</b>  |  | <b>abril</b>            |



## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

### DESARROLLO DEL INFORME

#### OBLIGACIÓN 1

Realizar las visitas técnicas asignadas,  
elaborando el respectivo informe en los terminos establecidos

| ACTIVIDAD   | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|
| Se realizaron visitas técnicas total 12 de espacio público, 4 obra y de espacio publico 8 | "CARPETA OBLIGACIÓN 1                                   |

#### OBLIGACIÓN 2

Llevar el control de cumplimiento de  
licencias de construccion.

| ACTIVIDAD  | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--|---|
| Se realizaron 8 informes técnicos de licencias de construcción obras | "CARPETA OBLIGACIÓN 2"                                  |

#### OBLIGACIÓN 3

Realizar la proyeccion de los Informes  
tecnicos de obras y urbanismo especificando zonificacion, norma urbana, area construidas, areas de infraccion si aplica, cumplimiento de la normatividad vigente y anterior

| ACTIVIDAD   | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|
| Se realizaron 12 informes técnicos de licencias de construcción obras y 3 espacio publico | "CARPETA OBLIGACIÓN 3"                                  |

#### OBLIGACIÓN 4

Elaborar los informes tecnicos de  
establecimientos de comercio especificando zonificacion, norma urbana, uso del suelo segun area de actividad y sector normativo segun normatividad vigente y anterior

| ACTIVIDAD   | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|
| Se realizaron 12 informes técnicos de licencias de construcción obras y espacio publico | "CARPETA OBLIGACIÓN 4"                                  |



### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

#### OBLIGACIÓN 5

Elaborar los informes tecnicos para otorgar permisos de ocupacion solicitados por la comunidad, siempre y cuando cumpla con lo aprobado en la licencia de construccion para la actividad requerida

| ACTIVIDAD                                    | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--|---|
| No se realizó esta actividad en este periodo | No se realizó esta actividad en este periodo            |

#### OBLIGACIÓN 6

Organizar y asistir a las reuniones, capacitaciones, y eventos que se desarrollen en relacion con el objeto del contrato , de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, registrando la asistencia y participacion en estas instancias ya sea de manera presencial y/o virtual

| ACTIVIDAD   | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|---|---|
| Se asisten reuniones de seguimientos convocada por el del Profesional Código 222Grado 24, correspondientes a jurídico policiva. | "CARPETA OBLIGACIÓN 6"                                  |

#### OBLIGACIÓN 7

Realizar los operativos de inspeccion vigilancia y control de acuerdo a la programacion que se elaboren en el Area de Gestion Policiva Juridica.

| ACTIVIDAD                                    | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL |
|--|---|
| No se realizó esta actividad en este periodo | No se realizó esta actividad en este periodo            |

#### OBLIGACIÓN 8

Proyectar las respuestas a los requerimientos, solicitudes, derechos de peticion que le sean asignadas en pro de brindar respuesta a los entes de control, rama judicial, entidades publicas y/o privadas, comunidad en general, dicha informacion que debe ser veraz y concordar con la realidad juridica y tecnica que reposa en las dependencias de la Alcaldia Local de Kennedy, de conformidad con la normatividad existente para la materia y dentro de los plazos, terminos y condiciones establecidos por la misma, asi como el efectuar el tramite de cierre en los sistemas de informacion ORFEO y otros establecidos para esto, segun el objeto contractual, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente

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





### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

|  |  |
|--|--|
| No se realizó esta actividad en este periodo   | No se realizó esta actividad en este periodo                   |
| <b>OBLIGACIÓN 9</b>  |  |
| Desarrollar acciones para la eficiente<br>supervision de contratos en caso que sea asignados, realizando el seguimiento, verificacion y constatacion de las obligaciones contractuales y/o terminos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidas, realizando la programacion y seguimiento al PAC, informes de seguimiento, acciones de liquidacion entre las otras que sean requeridas, acorde con el manual de supervision e interventoria de la Secretaria Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldia Local y la normatividad vigente. |  |
| <b>ACTIVIDAD</b>   | <b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b> |
| No se realizó esta actividad en este periodo   | No se realizó esta actividad en este periodo                   |
| <b>OBLIGACIÓN 10</b>   |  |
| Las demas 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 supervision del contrato  |  |
| <b>ACTIVIDAD</b>   | <b>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</b> |
| No se realizó esta actividad en este periodo   | No se realizó esta actividad en este periodo                   |





# 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: JOSE VICENTE ESCOBAR higuera  
Cédula: 17387532

### SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO  
Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

### APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nombre: Arnulfo García  
Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO CODIGO 222 GRADO 24

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.





SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 4 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-421-2026, por un valor de \$ 6.500.000, 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. 1082269138 correspondiente al mes de abril de 2026, para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,

**JOSE VICENTE ESCOBAR higuera**  
**C.C. 17387532 DE PTO LOPEZ (META)**  
**Correo electrónico: joseescobar95@hotmail.com**



# 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 |                     |                    |   |
| 20265830146753      2                 | 2026-06-01          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830152063                        | 2026-04-07          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830153723                        | 2026-04-08          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830153713                        | 2026-04-08          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830171893                        | 2026-04-17          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830172003                        | 2026-05-17          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830183713                        | 2026-04-22          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |
| 20265830196523                        | 2026-04-28          | Abierto            | seguimiento al radicado                             |
| 20265830196543                        | 2026-05-29          | En trámite         | seguimiento al radicado                             |

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-421-2026

Yo, JOSE VICENTE ESCOBAR higuera , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 17387532 expedida en la ciudad de pto lopez (meta) .

| INFORMACIÓN PERSONAL   | SI/NO |
|--|-------|
| Soy Pensionado   | NO    |
| Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)   | NO    |
| Soy Declarante de Renta año 2025   | NO    |
| 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.<br>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?<br>(Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)   | NO    |
| ¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)  | NO    |
| ¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)  | NO    |
| ¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?<br>(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?<br>(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?<br>(Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) | SI    |

Se expide y firma a los (1) días del mes de Junio del 2026.

Firma:



Nombre: JOSE VICENTE ESCOBAR higuera  
C.C: 17387532 de pto lopez (meta)  
Dirección de correspondencia: carrera96#85-25sur  
Teléfono de contacto: 3114990304  
Correo electrónico institucional: joseescobar95@hotmail.com  
Correo electrónico personal: joseescobar95@hotmail.com

## SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-421-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-421-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y JOSE VICENTE ESCOBAR higuera, identificado(a) con el número de documento C.C. 17387532 , certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 4 presentado para el período comprendido entre el 1 de Abril de 2026 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 \$6.500.000

En constancia se firma a los 1 días del mes de Junio de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO  
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY  
(ENCARGADO)  
SUPERVISOR



Arnulfo García  
APOYO A LA SUPERVISIÓN



## 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° 421 de 19/01/2026, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO/ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY, 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    1      MES    6      AÑO    2026

### INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | CÉDULA N° | UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO) | TELÉFONO   |
|-------------------------------------|-----------|------------------------------------|------------|
| JOSÉ VICENTE ESCOBAR HIGUERA        | 17387532  | ÁREA JURÍDICA                      | 3114990304 |

**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 |
|-----------------------------|------------|----------|--------------------------|
| MARIA CAMILA ESCOBAR OROZCO | HIJA       | 20 MESES | N/A                      |
| MARIAJOSE ESCOBAR OROZCO    | HIJA       | 14 AÑOS  | 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.

Requisito: Cópia 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.

Requisito: 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  
 \* Cópia 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

Requisito:  
 \* Cópia 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 ó por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:  
 \* Cópia 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: Cópia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador  
 \* Para el caso de los Hermanos: Cópia 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 requeridos 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 transmitiendo la solicitud



68 COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN NO VALIDO COMO REGISTRO

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

62909931

NUIP 1141386453

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

|  |   |                                 |                                    |  |  |        |   |   |   |
|--|---|---------------------------------|------------------------------------|--|--|--------|---|---|---|
| Registraduría <input type="checkbox"/> | Notaria <input checked="" type="checkbox"/> | Número <input type="checkbox"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código | D | T | E |
|--|---|---------------------------------|------------------------------------|--|--|--------|---|---|---|

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
 COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 68 BOGOTÁ DC \* \* \*

Datos del inscrito

|   |                                      |                 |           |
|---|--------------------------------------|-----------------|-----------|
| Primer Apellido<br>ESCOBAR * * * * *  | Segundo Apellido<br>OROZCO * * * * * |                 |           |
| Nombre(s)<br>MARIA CARLA * * * * *  |                                      |                 |           |
| Fecha de nacimiento   | Sexo (en letras)                     | Grupo sanguíneo | Factor RH |
| Año 2024 Mes SEP Día 09   | FEMENINO                             | O               | POSITIVO  |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)<br>COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * * |                                      |                 |           |

|  |   |
|--|---|
| Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos<br>CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * | Número certificado de nacido vivo<br>24097511118965 * |
|--|---|

Datos de la 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

OROZCO MONROY MONICA ALEJANDRA \* \* \* \* \*

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>CC No. 1005826414 * * * * * | Nacionalidad<br>COLOMBIA * * * * * |
|---|------------------------------------|

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)  
 Apellidos y nombres completos

ESCOBAR HIGUERA JOSE VICENTE \* \* \* \* \*

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>CC No. 17387532 * * * * * | Nacionalidad<br>COLOMBIA * * * * * |
|---|------------------------------------|

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos  
ESCOBAR HIGUERA JOSE VICENTE \* \* \* \* \*

|   |           |
|---|-----------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>CC No. 17387532 * * * * * | Firma<br> |
|---|-----------|

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos  
\* \* \* \* \*

|   |                    |
|---|--------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>* * * * * | Firma<br>* * * * * |
|---|--------------------|

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos  
\* \* \* \* \*

|   |                    |
|---|--------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>* * * * * | Firma<br>* * * * * |
|---|--------------------|

|   |   |
|---|---|
| Fecha de inscripción<br>Año 2024 Mes OCT Día 07 | Nombre y firma del funcionario que autoriza<br><b>JORGE HERNANDO RICO GRILLO</b><br>* * * * * |
|---|---|

REGISTRO CIVIL - SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

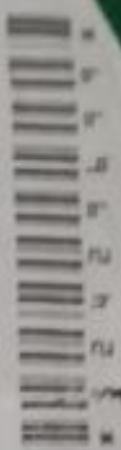


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1141335754

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo 52429699  
Serfal



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora  Notario  Notario  Consulado  Corregimiento  Expedición de Policía  Código DTZ

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido ESCOBAR  
Segundo Apellido OROZCO

Nombre(s) MARIAJOSE

Fecha de nacimiento: Año 2012, Mes FEB, Día 04  
Sexo (en letras) Femenino, Grupo sanguíneo O, Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento presentado y Declaración de origen

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO  
Número certificado de nacido vivo 11194409-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos OROZCO MONROY MONICA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.005.826.414  
Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ESCOBAR HIGUERA JOSE VICENTE

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 17.387.532  
Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ESCOBAR HIGUERA JOSE VICENTE

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 17.387.532

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 2012, Mes MAR, Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE HERNANDO RICO GILLO  
JEFE DE SECCIÓN DE REGISTRO CIVIL

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO  
REGISTRO CIVIL