

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5045238	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA		diagonal 182 No 19-75	3112864876	edorsa2011@gmail.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
		68805487	21/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$4.606.700	

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	1.875.000	0		0		0	8	10.200	0	1.885.200	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.400.000	0	0	75.000	75.000	8	13.000	1.000	2.564.000	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	156.600				156.600	8	900	157.500			1.566	157.500	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	1.875.000	1.885.200
PenSIón	1	2.550.000	2.564.000
Riesgos Laborales	1	156.600	157.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.581.600	4.606.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5045238	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA		diagonal 182 No 19-75	3112864876	edorsa2011@gmail.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
		68805487	21/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$4.606.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 5045238	ORDOÑEZ SAAVEDRA EDGAR	59	0			N								X								25-14	15.000.000	30	2.400.000	0	0	75.000	75.000	EPS008	15.000.000	30	1.875.000	14-23	15.000.000	30	2	156.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	3/03/2026 9:55:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	22 días de tiempo transcurrido (6/04/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.760.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	23 días de tiempo transcurrido (6/04/2026 4:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	19 horas de tiempo transcurrido (28/04/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.800.000 COP	Pagado	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - ARL.pdf	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - ARL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - CRP-P-671 2026.pdf	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - CRP-P-671 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> memo 20265420001313 unificado con base.pdf	memo 20265420001313 unificado con base.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA A.INICIO CPS 671-2026 VALIDADA FIRMADA.pdf	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA A.INICIO CPS 671-2026 VALIDADA FIRMADA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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° 671 del 30 de enero de 2026, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO/ALCALDIA LOCAL DE SAN CRISTOBAL, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

4

MES

5

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA

CÉDULA N°

5.045.238

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

PRODUCTIVIDAD Y TURISMO

TELÉFONO

3112864876

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
EMMA ORDOÑEZ GALEANO	HIIJA	8	0

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

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

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

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

Requisitos: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

- * Nombre del estudiante
- * Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- * Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

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

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

- * Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes

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

Requisitos: Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.

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

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

Requisito: Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador

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

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERDICA 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 requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegado nuevamente

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

SOLICITA: PADRE
EDGAR ORDOÑEZ
CC 5045238



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

57875715

NUIP 1014743789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 40	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A 3 F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía						
COLOMBIA		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ D.C.		

Datos del inscrito

Primer Apellido ORDÓÑEZ		Segundo Apellido GALEANO	
Nombre(s) EMMA			
Fecha de nacimiento Año 2017 Mes D I C Día 11		Sexo (en letras) FEMENINO	Grupo sanguíneo A
		Factor RH POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA		CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 14502074-5
---	---

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 GALEANO FLOREZ YINA MARCELA	
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA No. 1.033.370.423 DE ARBOLETES	Nacionalidad COLOMBIANA

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 ORDÓÑEZ SAAVEDRA EDGAR	
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA No. 5.045.238 DE LA GLORIA	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GALEANO FLOREZ YINA MARCELA	
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA No. 1.033.370.423 DE ARBOLETES	Firma <i>Yina Galeano</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 *****

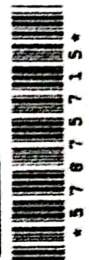
Fecha de inscripción Año 2017 Mes D I C Día 18	Nombre y firma del funcionario que autoriza VICTORIA C. SAAVEDRA SAAVEDRA Nombre Firma
---	--

Reconocimiento paterno <i>[Firma]</i> Firma	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento VICTORIA C. SAAVEDRA SAAVEDRA Nombre y firma
---	--

ESPACIO PARA NOTAS

INSCRITO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 136 FOLIO 292 DE FECHA 18/11/2017

COMO NOTARÍA CUARENTA (40) DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.
25 NOV. 2024
BOGOTÁ D.C.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

PANTALLAZO DE ORFEO EN CEROS

The screenshot displays the ORFEO web application interface. At the top, the browser's address bar shows the URL https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index_frames.php. The application header includes the ORFEO logo and navigation links: Ayuda, Info, Creditor, Contraseña, Estadísticas, and Cerrar. Below the header, a table displays user information:

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	EDGAR ORDONEZ SAAVEDRA	Area de Gestión de Desarrollo Local San Cristobal

Below the table, there is a search section with a text input field labeled "Radicados:" and a "Buscar" button. A message in a blue box states: "NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BÚSQUEDA DIGITADOS." Above this message, a note says: "Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas." The left sidebar contains navigation options under "Radicación" and "Carpetas":

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

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date 28/04/2026 and time 4:31 p.m., along with various application icons.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5045238	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA		diagonal 182 No 19-75	3112864876	edorsa2011@gmail.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
		68805487	21/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$4.606.700	

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	1.875.000	0		0		0	8	10.200	0	1.885.200	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.400.000	0	0	75.000	75.000	8	13.000	1.000	2.564.000	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	156.600				156.600	8	900	157.500			1.566	157.500	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	1.875.000	1.885.200
PenSIón	1	2.550.000	2.564.000
Riesgos Laborales	1	156.600	157.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.581.600	4.606.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	5045238	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA		diagonal 182 No 19-75	3112864876	edorsa2011@gmail.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
		68805487	21/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$4.606.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 5045238	ORDOÑEZ SAAVEDRA EDGAR	59	0			N								X								25-14	15.000.000	30	2.400.000	0	0	75.000	75.000	EPS008	15.000.000	30	1.875.000	14-23	15.000.000	30	2	156.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	001	3/03/2026 9:55:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	22 días de tiempo transcurrido (6/04/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	4.760.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	23 días de tiempo transcurrido (6/04/2026 4:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	19 horas de tiempo transcurrido (28/04/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	6.800.000 COP	Pagado	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - ARL.pdf	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - ARL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - CRP-P-671 2026.pdf	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA - CRP-P-671 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> memo 20265420001313 unificado con base.pdf	memo 20265420001313 unificado con base.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA A.INICIO CPS 671-2026 VALIDADA FIRMADA.pdf	EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA A.INICIO CPS 671-2026 VALIDADA FIRMADA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PANTALLAZO DE ORFEO EN CEROS

The screenshot displays the ORFEO web application interface. At the top, the browser's address bar shows the URL https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index_frames.php. The application header includes the ORFEO logo and navigation links: AYUDA, INFO, CREDITOS, CONTRASÑA, ESTADISTICAS, and CERRAR. Below the header, a table displays user information:

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	EDGAR ORDONEZ SAAVEDRA	Area de Gestión de Desarrollo Local San Cristobal

Below the table, there is a search section with a text input field labeled "Radicados:" and a "Buscar" button. A message in a blue box states: "NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS." Above this message, a note says: "Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas." The left sidebar contains navigation options under "Radicación" and "Carpetas":

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

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date 28/04/2026 and time 4:31 p.m., along with various application icons.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL

Hace constar que

EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 5045238

ha completado el curso

SERVICIO A LA CIUDADANÍA

Fecha Terminación: mayo 23, 2025

Realizado en Bogotá D.C. Fecha Inicio: mayo 21, 2025. Fecha Fin: mayo 23, 2025 Duración: 48 horas - Código Verificación: HRvEozmJLF

LAURA VICTORIA VILLA ESCOBAR

Dirección General

Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital

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° 671 del 30 de enero de 2026, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO/ALCALDIA LOCAL DE SAN CRISTOBAL, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD DÍA 4 MES 5 AÑO 2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)	TELÉFONO
EDGAR ORDOÑEZ SAAVEDRA	5.045.238	PRODUCTIVIDAD Y TURISMO	3112864876

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
EMMA ORDOÑEZ GALEANO	HIIJA	8	0

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

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

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

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

Requisitos: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

- * Nombre del estudiante
- * Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- * Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERDICA 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 requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegado nuevamente

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

SOLICITA: PADRE
EDGAR ORDOÑEZ
CC 5045238



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

57875715

NUIP 1014743789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 40	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A 3 F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía						
COLOMBIA		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ D.C.		

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido			
ORDÓÑEZ		GALEANO			
Nombre(s)					
EMMA					
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017	Mes D I C	Día 11	FEMENINO	A	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)					
COLOMBIA		CUNDINAMARCA		BOGOTÁ D.C.	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14502074-5

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	
GALEANO FLOREZ YINA MARCELA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No. 1.033.370.423 DE ARBOLETES	COLOMBIANA

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	
ORDÓÑEZ SAAVEDRA EDGAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No. 5.045.238 DE LA GLORIA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GALEANO FLOREZ YINA MARCELA	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA No. 1.033.370.423 DE ARBOLETES	<i>[Firma]</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

Año 2017	Mes D I C	Día 18
Nombre y firma del funcionario que autoriza		
VICTORIA C. SAAVEDRA SAAVEDRA		
Nombre y firma		

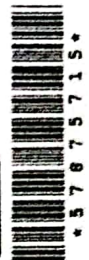
Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que autoriza	
VICTORIA C. SAAVEDRA SAAVEDRA	
Nombre y firma	

ESPACIO PARA NOTAS

INSCRITO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 136 FOLIO 292 DE FECHA 18/11/2017

COMO NOTARÍA CUARENTA (40) DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.
25 NOV. 2024
BOGOTÁ D.C.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO