

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 11203379          | JUAN DAVID MORA OCHOA |        | Calle 12 1-44 | 3125953356         | davidlittle777@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL       | CÓDIGO | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                       |        | CUNDINAMARCA  | CHÍA               |                                     |
|                     |                   |                       |        |               |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                       |        |               |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 06/10/2025               | 90410621        | \$413.300        |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |                  |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 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 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 7.500                  |                  |       |                        | 7.500                 | 0         | 0                     | 7.500               |                            |                     | 75                | 7.500         | 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                    | 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                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 7.500                               | 7.500         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 413.300                             | 413.300       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 11203379          | JUAN DAVID MORA OCHOA |        | Calle 12 1-44 | 3125953356         | davidlittle777@gmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL       | CÓDIGO | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                       |        | CUNDINAMARCA  | CHÍA               |                                     |
|                     |                   |                       |        |               |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                       |        |               |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-09              | 2025-09                           | I             | 06/10/2025               | 90410621        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$413.300     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                       |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |          |           |            |                       |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                       |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |          |           | SALUD      |                       |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres   | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IOE | IOE     | IOE | IOE | IOE | IOE | IOE | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 11203379              | MORA OCHOA JUAN DAVID | 59        | 0       |           | N             |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 230301   | 1.423.500 | 227.800    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500    | 1               | 7.500      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN

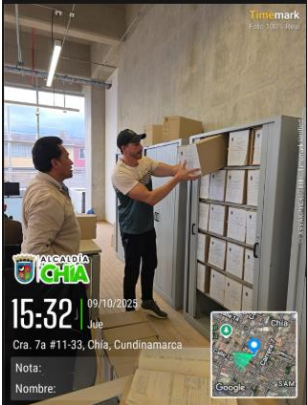
|                           |                                                                                                                                                                                                   |                      |                 |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
| Número del Contrato:      | No. CO1.PCCNTR. 7528291                                                                                                                                                                           |                      |                 |
| Objeto del Contrato:      | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA BRINDAR APOYO EN LA SECRETARIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y ACCIÓN COMUNITARIA DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON LA ESTRATEGIA ALCALDÍA A TU CONJUNTO. |                      |                 |
| Contratista:              | Juan David Mora Ochoa                                                                                                                                                                             |                      |                 |
| No. de Cédula             | 11.203.379                                                                                                                                                                                        |                      |                 |
| Fecha Inicio del Contrato | 21/Febrero/2025                                                                                                                                                                                   | Fecha de Terminación | 20/Octubre/2025 |
| Periodo del Informe       | 21/ Septiembre /2025 al 20/ Octubre/2025                                                                                                                                                          |                      |                 |

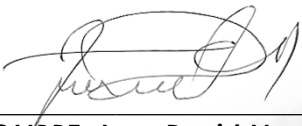
| DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO     |              |
|-------------------------------|--------------|
| Valor total del Contrato      | \$26.082.000 |
| Valor a Pagar en este periodo | \$3.260.250  |
| Saldo por Pagar               | 0            |
| Pago No.                      | Ocho         |

| RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES. |             |                                  |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|--------------|
| Tipo de aporte                                                                                                  | Planilla N° | Mes al que corresponde el aporte | Valor Pagado |
| Salud                                                                                                           | 90410621    | Septiembre                       | \$178.000    |
| Pensión                                                                                                         |             |                                  | \$ 227.000   |
| ARL                                                                                                             |             |                                  | \$ 7.500     |

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR. 7528291, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo 21/ Septiembre /2025 al 20/Octubre/2025, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Apoyar en la convocatoria de las campañas, eventos o actividades programadas por la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria, a través de medios electrónicos y medios de comunicación de la alcaldía Municipal de Chía con relación a la estrategia “Alcaldía a tu Conjunto. | <ul style="list-style-type: none"><li>Se realiza apoyo y participación en la campaña de salud en el conjunto residencial Hacienda Samaria</li></ul> <div></div>                                 |
| 2. Apoyar la logística de las campañas, eventos o actividades programadas por la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria, de manera transversal a las diferentes estrategias de participación.                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>Se realiza apoyo a la logística realizada en la semana de receso con vacaciones recreativas en el conjunto residencial la Ponderosa</li></ul> <div></div> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>3. Apoyar, a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria, con la atención a la comunidad de manera presencial, telefónica o correo electrónico de acuerdo con los lineamientos dados por el supervisor.</p>                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>Se realiza apoyo y acompañamiento en la actividad del día del niño en el conjunto residencial Montebello</li></ul> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>4. Coadyuvar con la consolidación y archivo de evidencias y documentos de las actividades desarrolladas en la implementación de la estrategia “Alcaldía a tu Conjunto”</p>                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"><li>Se realiza actividades en la oficina de participación ciudadana y acción comunitaria en la digitación y organización de archivo.</li></ul> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>5. Brindar apoyo a la Secretaría de Participación Ciudadana y Acción Comunitaria, así como en los territorios en las actividades que le sean asignadas en cumplimiento de la misión del sector de participación de la Alcaldía Municipal de Chía, las Organizaciones de Acción Comunal y los diferentes grupos poblacionales.</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>Se realiza participación en el foro de salud mental realizado en la universidad de Cundinamarca.</li><li>Se realiza participación en el foro de salud y pediatría en el teatro zea maíz.</li></ul> <div></div> <div></div> |



**NOMBRE:** Juan David Mora Ochoa

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. Juandavid2025\*

**CERTIFICACIÓN PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS  
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y  
REGLAMENTARIA**

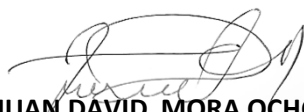
Yo, **JUAN DAVID MORA OCHOA** identificado con cédula de ciudadanía No. **11.203.379**, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos ala parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 21 días del mes de Octubre de la vigencia 2025.



FIRMA: **JUAN DAVID MORA OCHOA**  
**C.C 11.203.379 CHIA**

Carrera 11 N° 11-29  
PBX: 884 4444 Ext. 2010  
secretariadehacienda@chia.gov.co  
www.chia-cundinamarca.gov.co