SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**86741-358823**
No. de documento	**316416**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GIOVANNI DELACRUZ GALEZO	**C.C.**	72.002.252	**IP/Nº de contacto**	000
Correo electrónico contratista:	gdel25@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		813968984	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2164316/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**12921**	
Valor Total del Contrato	$ 38.886.513	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.848.374	**12**	**Del**	**01/12/2021**	**Al**	**23/12/2021**	**$ 2.848.374,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE GESTIÓN DE MERCADOS QUE PROGRAME EL CCYS SENA REGATICO SEGÚN RADICADO 9-2021-000848...PZO 17 DIC 2021

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.848.374	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.848.374**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.892.681**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7817513850**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.139.350	$ 1.486.109
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 142.500	$ 185.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 182.300	$ 237.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.000	$ 7.800
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 630.894	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.892.681,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.523.574,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	25.236,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.823.138,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TGO GM 2 - FDS - ART - 2162597 APLICAR PRUEBAS DE MERCADO A PRODUCTOS O SERVICIOS", R2 "VALORAR EL CICLO DE VIDA DEL PRODUCTO O SERVIC
TGO GM 7 - FDS - ART - 2217362 - "UTILIZAR ESTRATEGIA PARA APOYAR LA PRESENTACIÓN DE LOS PRODUCTOS O SERVICIOS")
TGO DV 32 - 2182697 NEGOCIAR PRODUCTOS Y SERVICIOS (R2 "ACORDAR TÉRMINOS DE NEGOCIACIÓN Y CONDICIONES COMERCIALES", R3 "REALIZAR EL P
FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN TÉCNICAS DE VENTAS EN JUEGOS DE SUERTE Y AZAR - 24 horasGRUPO 1 SUPERGIROS
TGO DV 1 - FDS ART - 2162599 NEGOCIAR PRODUCTOS Y SERVICIOS SEGÚN CONDICIONES DEL MERCADO Y POLÍTICAS DE LA EMPRESA (R1 "UTILIZAR ESTR
TGO GM 7 - FDS - ART - 2217362 -APLICAR PRUEBAS DE MERCADO A PRODUCTOS O SERVICIOS", R2 "VALORAR EL CICLO DE VIDA DEL PRODUCTO O SERVI

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

GIOVANNI DELACRUZ GALEZO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LINDA EVELIN PICHON RONCALLO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72002252
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GIOVANNI DE LA CRUZ GALEZO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 54 NO 44 - 121	TELÉFONO:	3517718
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7817513850**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1239763704

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	$ 238.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.000	$ 0	$ 238.000
SUBTOTALES:										**$ 238.000**	**$ 0**	**$ 238.000**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.900	$ 0	$ 0	$ 185.900
SUBTOTALES:													**$ 185.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.900**

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	$ 7.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:									**$ 7.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 72002252	DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.487.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.487.000	$ 238.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 238.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.487.000	$ 185.900	$ 0	$ 185.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.487.000	72002252	$ 7.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 431.700**

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Barranquilla	**FECHA**	Diciembre de 2021	**REGIONAL**	Atlántico	**72,002,252**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	Carrera 43 No 42-40 Barranquilla					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	CO1.PCCNTR.2164316 25 ENERO 2021					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL			
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**ALEXANDRA PALACIOS FUENTES**	
CONTABILIDAD		**LEIBER ALVAREZ URECHE**	
TESORERIA		**MARTHA BERMUDEZ RIVERA**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA			
BIBLIOTECA		**KATIA ARRIETA BUELVAS**	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**LINDA EVELIN PICHON RONCALLO**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

Proceso Gestió
Formato entrega de bienes e informaci

INSTRUCCIONES F

1) El objetivo de este formato es que lo contratistas realicen entrega de bienes e información en el marc
2) Lo diligencian y trámitan los contratistas en cada una de las areas correspondientes.
3) Se le entrega al supervisor del contrato.

2. Instr

NOMBRE DE LA CASILLA	
Nombres y Apellidos del contratistas	Registrar nombre comple
Ciudad	Hace referencia a la ciud
Fecha	Fecha de diligenciamient
Regional	Regional donde se ejecu
Identificación	No. de identificiación
Dirección u oficina	Donde se ejecutó el cont
Número y fecha de contrato	Número del contrato cons
Causal de terminación del contrato	Seleccionar alguna de las Liquidación Anticipada po
Dependencia SENA	Dependencia que entrega
Responsables	Nombres, apellidos y firm
Elementos faltantes u obligaciones pendientes	Relacionar con su respec
Firma del contratista	Firma del contratista quie

n del Talento Humano
ón de ejecución contractual por el contratista

PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

NO IMPRIMIR

1. Generalidades

o de la ejecución contractual .

ucciones para diligenciar las casillas
INSTRUCCIONES
eto del contratista
ad donde se ejecutó el contrato.
o del contrato
tó el contrato
rato:
sultarlo en SECOP
s opciones: Liquidación por mutuo acuerdo, Cesión, or mutuo acuerdo, Terminacion unilateral
a el visto bueno frente a la entrega de bienes o infomación
na del responsable del área que entrega el visto bueno
ctivo valor
en entrega los bienes o información realacionada con la ejecución del contrato en r

Versión: 04

Código:
GTH- F- 074

TENER EN CUENTA

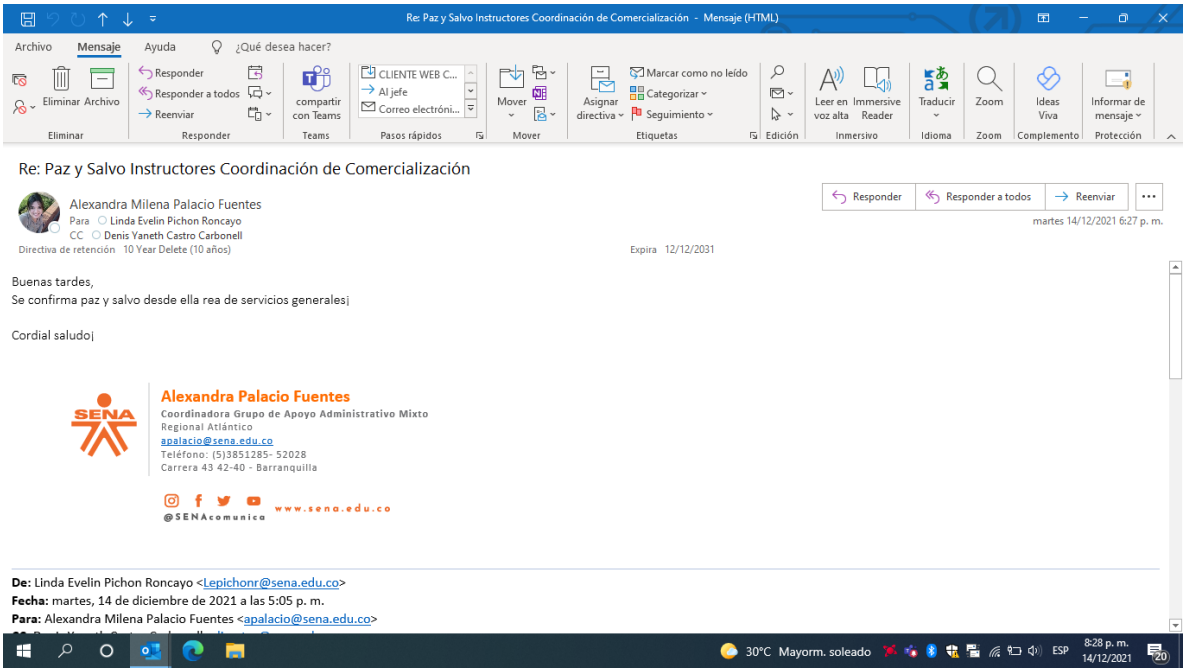
De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 72002252 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 14 de Diciembre de 2021 a las 16:13:56

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

PAZ Y SALVO INSTRUCTORES COORDINACIÓN COMERCIALIZACIÓN VIGENCIA 2021

SERVICIOS GENERALES: ALEXANDRA PALACIO:



Re: Paz y Salvo Instructores Coordinación de Comercialización - Mensaje (HTML)

Archivo Mensaje Ayuda ¿Qué desea hacer?

Eliminar Archivo | Responder Responder a todos Reenviar | compartir con Teams | CLIENTE WEB C... Al jefe Correo electróni... | Mover | Asignar directiva | Marcar como no leído Categorizar Seguimiento | Leer en voz alta Immersive Reader | Traducir | Zoom | Ideas Viva | Informar de mensaje

Eliminar | Responder | Teams | Pasos rápidos | Mover | Etiquetas | Edición | Inmersivo | Idioma | Zoom | Complemento | Protección

Re: Paz y Salvo Instructores Coordinación de Comercialización

Alexandra Milena Palacio Fuentes
Para Linda Evelin Pichon Roncayo
CC Denis Yaneth Castro Carbonell
Directiva de retención 10 Year Delete (10 años) Expira 12/12/2031

Responder | Responder a todos | Reenviar

martes 14/12/2021 6:27 p. m.

Buenas tardes,
Se confirma paz y salvo desde ella rea de servicios generales¡

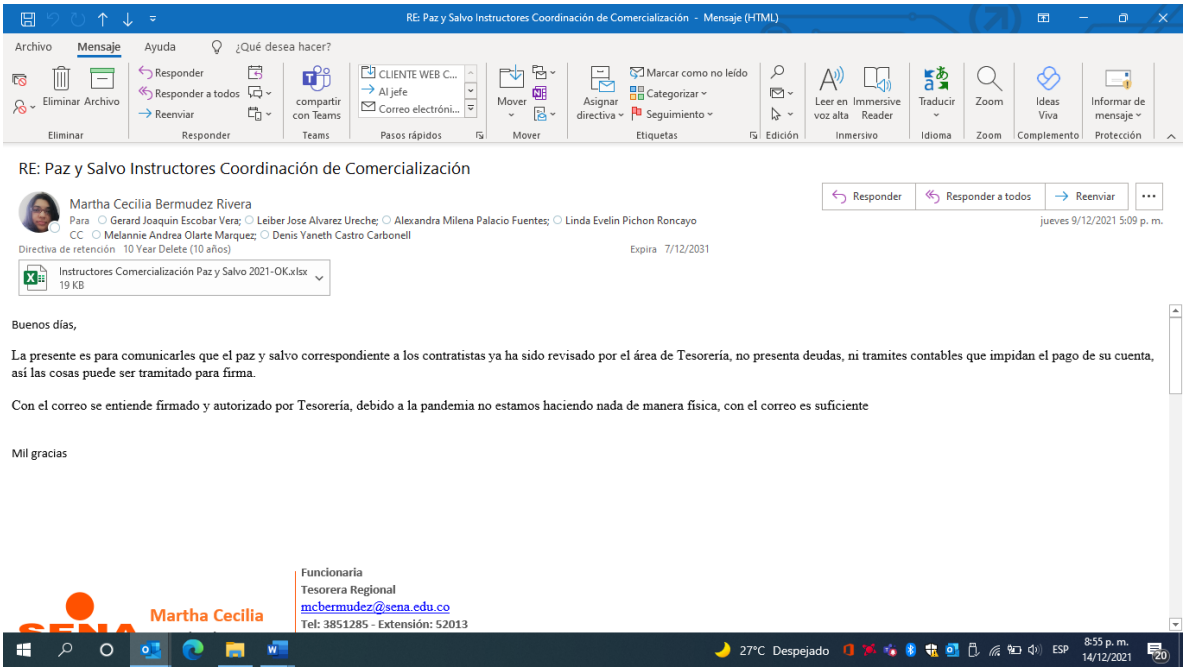
Cordial saludo¡

Alexandra Palacio Fuentes
Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Regional Atlántico
apalacio@sena.edu.co
Teléfono: (5)3851285- 52028
Carrera 43 42-40 - Barranquilla
@SENAcomunica www.sena.edu.co

De: Linda Evelin Pichon Roncayo <Lepichonr@sena.edu.co>
Fecha: martes, 14 de diciembre de 2021 a las 5:05 p. m.
Para: Alexandra Milena Palacio Fuentes <apalacio@sena.edu.co>

30°C Mayorm. soleado ESP 8:28 p. m. 14/12/2021

TESORERIA MARTA BERMUDEZ:



RE: Paz y Salvo Instructores Coordinación de Comercialización - Mensaje (HTML)

Archivo Mensaje Ayuda ¿Qué desea hacer?

Eliminar Archivo | Responder Responder a todos Reenviar | compartir con Teams | CLIENTE WEB C... Al jefe Correo electróni... | Mover | Asignar directiva | Marcar como no leído Categorizar Seguimiento | Leer en voz alta Immersive Reader | Traducir | Zoom | Ideas Viva | Informar de mensaje

Eliminar | Responder | Teams | Pasos rápidos | Mover | Etiquetas | Edición | Inmersivo | Idioma | Zoom | Complemento | Protección

RE: Paz y Salvo Instructores Coordinación de Comercialización

Martha Cecilia Bermudez Rivera
Para Gerard Joaquin Escobar Vera; Leiber Jose Alvarez Ureche; Alexandra Milena Palacio Fuentes; Linda Evelin Pichon Roncayo
CC Melannie Andrea Olarte Marquez; Denis Yaneth Castro Carbonell
Directiva de retención 10 Year Delete (10 años) Expira 7/12/2031

Instructores Comercialización Paz y Salvo 2021-OK.xlsx
19 KB

Responder | Responder a todos | Reenviar

jueves 9/12/2021 5:09 p. m.

Buenos días,

La presente es para comunicarles que el paz y salvo correspondiente a los contratistas ya ha sido revisado por el área de Tesorería, no presenta deudas, ni tramites contables que impidan el pago de su cuenta, así las cosas puede ser tramitado para firma.

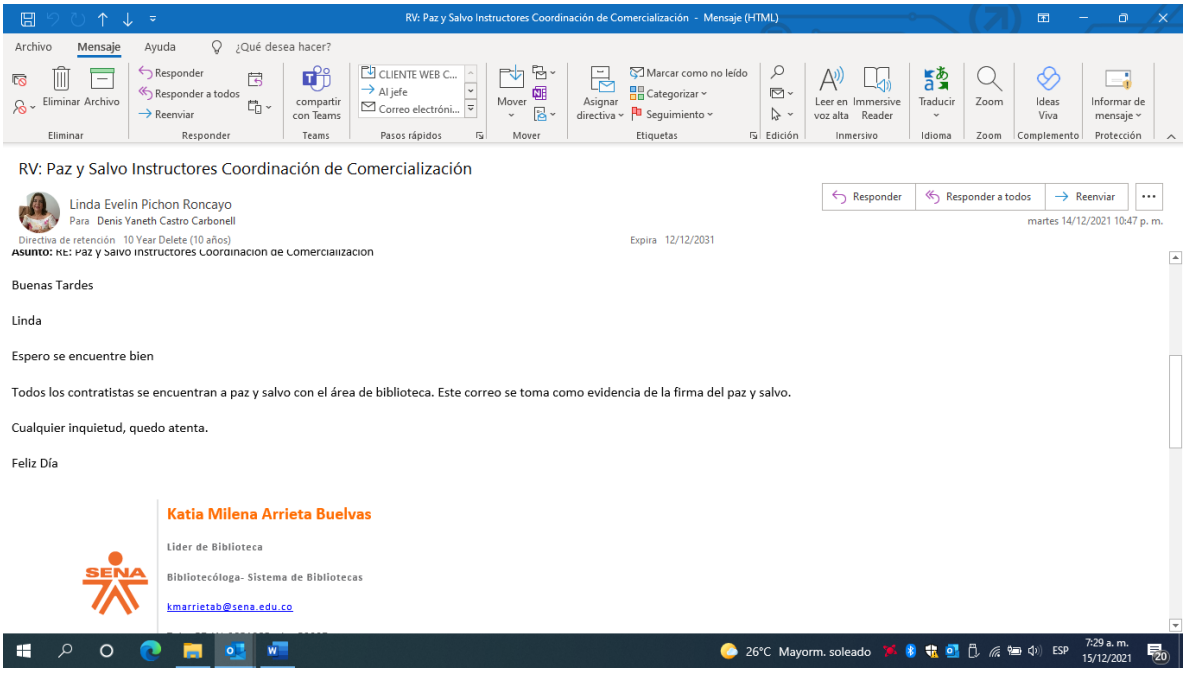
Con el correo se entiende firmado y autorizado por Tesorería, debido a la pandemia no estamos haciendo nada de manera física, con el correo es suficiente

Mil gracias

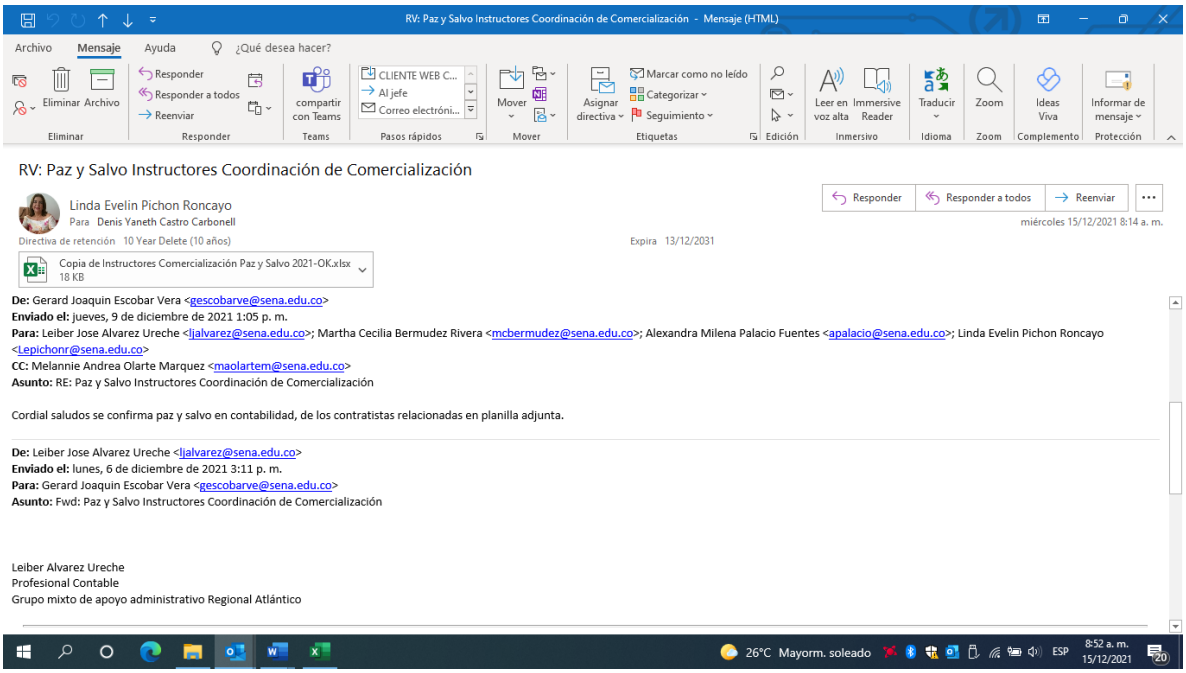
Martha Cecilia
Funcionaria
Tesorera Regional
mcbermudez@sena.edu.co
Tel: 3851285 - Extensión: 52013

27°C Despejado ESP 8:55 p. m. 14/12/2021

BIBLIOTECA KATIA ARRIETA:



CONTABILIDAD LEIBER ALVAREZ



COORDINACIÓN ACADEMICA LINDA PICON

Paz y Salvo de la Coordinación Académica al instructor por haber cumplido con todos los compromisos adquiridos a la firma del contrato. Entrega de los juicios evaluativos de los aprendices que aprobaron las competencias programadas y desarrolladas durante la vigencia 2021.



LINDA EVELIN PICHON RONCALLO

Coordinadora Académica Programa Comercialización

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, DICIEMBRE 31 DE 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1046725008**	**Giovanni De La Cruz Alvarez**	**HIJO**

NUIP - NIP	**1046732943**	**Maximiliano De La Cruz Alvarez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: Giovanni De La Cruz Galezo_____

C.C. 72002252__

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.046.725.008

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55553802

55553802

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [0 X L]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 1 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DE LA CRUZ	ALVAREZ

Nombre(s)

GIOVANNI

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes MAR Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53261348-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ VIVIESCAS ERIKA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 22.549.421	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.002.252	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.002.252	Giovanni De La Cruz G.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes MAR Día 18	JOSE VICENTE PACHECO AROCA NOTA Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 1
JOSE VICENTE PACHECO AROCA
NOTARIO ENCARGADO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 860.176.457-5 TEL. 430 2110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.046.732.943

Indicativo Serial 57619408

5761940 8

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	01				CXL

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 1 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DE LA CRUZ	ALVAREZ

Nombre(s)

MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes SEP Día 08	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14274079-8

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

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ VIVIESCAS ERIKA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 22.549.421	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.002.252	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.002.252	Giovanni De La Cruz G.

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 SEP Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE VICENTE PACHECO AROCA

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA PRIMERA BARRANQUILLA
JOSE VICENTE PACHECO AROCA
NOTARIO ENCARGADO
www.notariaprimerabarranquilla.com

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Impr. por DITAR S.A. PBX (5) 3215001. Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

NUIP 1.046.732.943

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría | Notaría X | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de...

NOTARIA 1 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido | Segundo Apellido

DE LA CRUZ | ALVAREZ

Nombre(s)

MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento | Sexo (al nacer) | Grupo sanguíneo | Factor RH

Año 2017 Mes 5 Día 6 | MASCULINO | A+ | POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DECLARACION VIVO | 1427407S-8

Datos de padre o madre (Para casos de padres indígenas con libre movilidad o padres del mismo sexo, acudir al procedimiento de...) | Diligencien los declarantes para el primer registro del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ VIVIESCAS RUTH

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CC 22.549.421 | COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de padres indígenas con libre movilidad o padres del mismo sexo, acudir al procedimiento de...) | Diligencien los declarantes para el segundo registro del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CC 72.002.252 | COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI

Documento de identificación (Clase y número)

CC 72.002.252

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 5 Día 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE VICENTE PACHECO ARDILA

Nombre y firma