

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL CASANARE</p> <p>CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	85
	Código Centro	951910
	Fecha Elaboración	Febrero de 2022
	Versión	ENERO 2022 - 1,22
	ID de Proceso	41017-602863
No. de documento	356705	

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ	C.C.	33.645.153
Correo electrónico contratista:	dplopezm@misena.edu.co	IP/N° de contacto	0
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ SI
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ SI	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	36349807909
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 2022 supera los \$ 125'413.200	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	3265777/2022	N° Compromiso SIIF	5822
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.000.000	Periodo objeto de pago	Del 25/01/2022 Al 31/01/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 38.220.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME PARA LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - GESTION DOCUMENTAL, SEGÚN RADICADO 85-9-2022-000225.	
(Descripción del servicio prestado)			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 780.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 780.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 312.750	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	55476460	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.000.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente 312.750,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 125.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA 495.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 160.000	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 5.300	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 5.460,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,700%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 78.000		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 104.250		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 774.540,00

SON: SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
1. Planeación: Alistamiento ala formación etapa lectiva competencia organización de archivos ficha 2254226 2. Ejecución: Ejecutar actividades en cumplimiento del proyecto de formación de la ficha 225426 3. Evaluación: Evaluar los resultados de aprendizaje de la competencia organización de archivos. Total de horas ejecutadas: 32	

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.	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, EDWARD JAVIER ROJAS ROMERO INSTRUCTOR G09

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33645153	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ		CRA 15 No. 41b-10	3114409774	deliapatricialopez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	
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
2021-12	2021-12	I	16/12/2021	55476460	TOTAL A PAGAR \$773.400

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					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	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	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	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	60.900				60.900	0	0	60.900			609	60.900	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	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	1	60.900	60.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	773.400	773.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33645153	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ		CRA 15 No. 41b-10	3114409774	deliapatricia.lopez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	
						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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2021-12	2021-12	I	16/12/2021	55476460	\$773.400

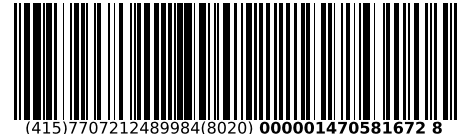
DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	33645153	LOPEZ MARTINEZ DELIA PATRICIA	59	0		N																			230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS044	2.500.000	312.500	14-23	2.500.000	3	60.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14705816728



(415)7707212489984(8020) 000001470581672 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 3 6 4 5 1 5 3

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Yopal

14. Buzón electrónico

4 4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

3 3 6 4 5 1 5 3

27. Fecha expedición

1 9 9 7, 0 7, 1 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

29. Departamento

1 6 9

Casanare

8 5

30. Ciudad/Municipio

Aguazul

0 1 0

31. Primer apellido

LOPEZ

32. Segundo apellido

MARTINEZ

33. Primer nombre

DELIA

34. Otros nombres

PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Casanare

8 5

40. Ciudad/Municipio

Yopal

0 0 1

41. Dirección principal

CR 15 41 B 10

42. Correo electrónico

deliapatricia.lopez@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 4 4 0 9 7 7 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 0 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9, 0 8, 1 4

Actividad secundaria

48. Código

9 1 0 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 2, 1 2, 0 1

Otras actividades

1

2

8 5 5 9

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

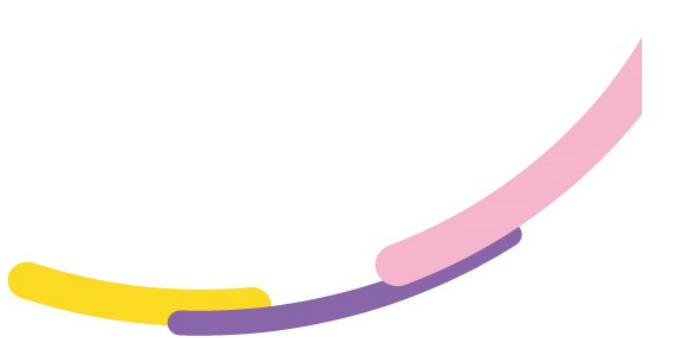
DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR

DOCUMENTO SIN CERTIFICAR



Certificado Bancario



Martes, 22 de febrero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ identificado(a) con CC 33645153, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	36349807909	2009/04/29	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 de enero de 2022

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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	1.118.532.574	STIP ANDREW CASTRO LOPEZ	HIJO
-------------------	----------------------	---------------------------------	-------------

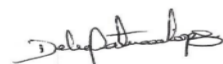
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: DELIA PATRICIA LÓPEZ MARTINEZ

C.C. 33.645.153 de Aguazul

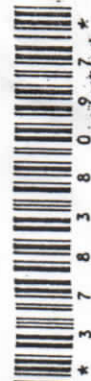


ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NÚIP 1118532574

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37838097



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W X R

REGISTRADURIA DE YOPAL COLOMBIA CASANARE YOPAL*****

Datos del inscrito

Primer Apellido CASTRO***** Segundo Apellido LOPEZ*****

Nombre(s) STIE ANDREW*****

Fecha de nacimiento Año 2004 Mes SEP Día 09 Sexo (en letras) MASCULINO***** Grupo sanguíneo ***** Factor RH *****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA CASANARE YOPAL*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo A5734132*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ MARTINEZ DELIA PATRICIA*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0033645153***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTRO CARVAJAL JOSE EVARISTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0074752908***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO CARVAJAL JOSE EVARISTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0074752908***** Firma

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 2004 Mes OCT Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JAIME HERALDO RODRIGUEZ GRANADOS*
Nombre y firma

