SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921110** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **24637-841852** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | REYNEL GOMEZ ROMERO | **C.C.** | 1.110.518.731 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | felipegr92@gmail.com | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 61911900873

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 4646778/2023 **Nº Compromiso SIIF** **14223**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 29.725.800 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.119.000 | **2** | **Del** | **01/03/2023** | **Al** | **31/03/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 24.102.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.017.000 | | 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 | $ 1.606.800 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.623.800** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.198.315** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Marzo** | **Febrero** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9447680795** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.198.315,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.606.800 | $ 1.160.000 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.559.000,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.900 | $ 145.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.100 | $ 185.600 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 8.400 | $ 6.100 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.405.950 | $ - | | Reteica - 8299 | 34.380,00 | 0,966% |
| | | | - | 0,00 | |
| | | | - | 0,00 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 185.600 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 145.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 6.100 | | | | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 562.380 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 1.066.105 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | **VALOR A PAGAR** | **$3.982.620,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación profesional análisis de software ficha 2675789
Formación profesional análisis de software ficha 2675790
Revisión y calificación de evidencias
Jornadas sincrónicas de formación
Asistencia a reuniones virtuales

**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.

**REYNEL GOMEZ ROMERO**
**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,

**MARIA CECILIA PEREZ COY**
**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**

**MONICA ANDRADE RIOS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1110518731 | | GOMEZ ROMERO REYNEL FELIPE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 121 #7-65 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3172623493 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-02 | 2023-02 | 1946673572 | 9447680795 | I | 2023/03/08 | 2023/03/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $336,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| 1 | CC | 1110518731 GOMEZ REYNEL | X | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 0.522% | $6,100 | 0 | $0 | $0 | No | $336,700 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1110518731 | | GOMEZ ROMERO REYNEL FELIPE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll 121 #7-65 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3172623493 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-02 | 2023-02 | 1946673572 | 9447680795 | I | 2023/03/08 | 2023/03/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $336,700 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$336,700** | **$0** | **$0** | **$336,700** |

Bogotá 21 de mar. de 23

sura
21 MAR 2023
RECIBIDO
CORREO CALLE 26

Señores

SURA ARL

Ciudad

**Ref**: Solicitud traslado de fondos ARL

Buen día, por medio de la presente, yo Reynel Felipe Gómez Romero, identificado con C.C 1110518731 de la ciudad de Ibagué me sirvo solicitar el traslado de los fondos correspondientes al pago del mes de febrero del 2023 que son $6.100 a la ARL Positiva, ya que hubo un error al liquidar mi planilla a través del portal de aportes en línea y fue consignado el dinero de ARL a SURA cuando yo me encuentro vinculado a la ARL Positiva, el número de la planilla del inconveniente es 9447680795.

Presento esta solicitud, ya que lo anterior me está generando inconvenientes al presentar la cuenta de cobro a la empresa con la cual me encuentro vinculado actualmente como contratista, por lo cual les solicito amablemente que sea gestionada pronto mi solicitud, adjunto a esta carta copia de la planilla pagada.

De antemano les agradezco la atención prestada a este documento, para cualquier comunicación, contacto o respuesta, se puede realizar en mi correo electrónico: felipegr92@gmail.com

ATT

Reynel Felipe Gómez Romero

C.C 1110518731

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que REYNEL FELIPE GOMEZ ROMERO identificado(a) con CC 1110518731 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

| APORTANTE: GOMEZ ROMERO REYNEL FELIPE CC 1110518731 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 9447680795 | 1946673572 | I | 2023-03-02 | EPS | EPS002 | SALUD TOTAL | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2023-02 | 30 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9447680795 | 1946673572 | I | 2023-03-02 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2023-02 | 30 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9447680795 | 1946673572 | I | 2023-03-02 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2023-02 | 30 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este certificado se expide el día 2023-03-13 a las 11:03.

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-03-08

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | Particular | Actividad económica: | Servicios |
| Nombre: | REYNEL FELIPE GOMEZ ROMERO | Documento: | CC 1110518731 |
| Fecha de nacimiento: | 1992-01-05 | Lugar de nacimiento: | Ibague (Tolima) |
| Edad: | 31 años | Género: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | CALLE 121 Nº 7-65 TORREON DE SANTA ANA ETAPA 3 | Municipio: | IBAGUE |
| Teléfono: | 3172623493 | Escolaridad: | Estudios_posgrado |
| Ocupación: | CONTRATISTA | EPS: | Salud Total |
| Responsable**: | LAURA RIAÑO (CONYUGUE) | Teléfono: | 3208311440 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 4 - No aporta carnet de vacunacion

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | NO REALIZADA. |
| Optometría: | Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual |
| Audiometría: | NO REALIZADA. |
| Espirometría computarizada: | NO REALIZADA. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a REYNEL FELIPE GOMEZ ROMERO con documento de identificación No. 1110518731 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTRATISTA del sector económico Servicios

## CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

## RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

## CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Hemoleucograma: Dentro de valores límites normales; - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: anormales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): anormales.

RESULTADO DE PRUEBA PSICOSENSOMETRICA PARA EL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL:
El resultado de la Evaluación psicosensométrica es:
Evaluación motriz: sin alteraciones
Test de personalidad: sin alteraciones

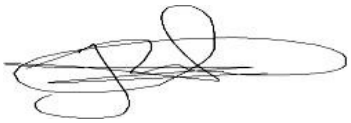
ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.



Carlos Camilo Cortes Curtidor
Especialista en Salud Ocupacional.
Universidad del Rosario.
RES Nº: 17018 – 28/03/2022.
Medico.
Universidad Del Tolima
RES Nº: 5-3301.



REYNEL FELIPE GOMEZ ROMERO
Documento: 1110518731

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.



Impreso por: jose.andrade
Fecha: 2023-03-08 Hora: 14:51

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 01 de marzo de 2023

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **65726061** | **Melba Romero Lizcano** | **MADRE** |

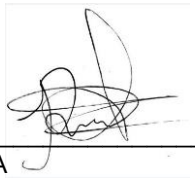
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: _Reynel Felipe Gómez Romero

C.C. 1110518731

# CERTIFICACION

**El suscripto, MARCO ANTONIO PEREZ GARCIA, contador público, certifica que**

La señora MELBA ROMERO LIZCANO, identificada con c.c. 65.726.061, Madre del señor REYNEL FELIPE GOMEZ ROMERO, identificado con c.c.1110.518.731 de Ibagué, se encuentra en situación de dependencia económica por ingresos en el año menores de 260 UVT,.

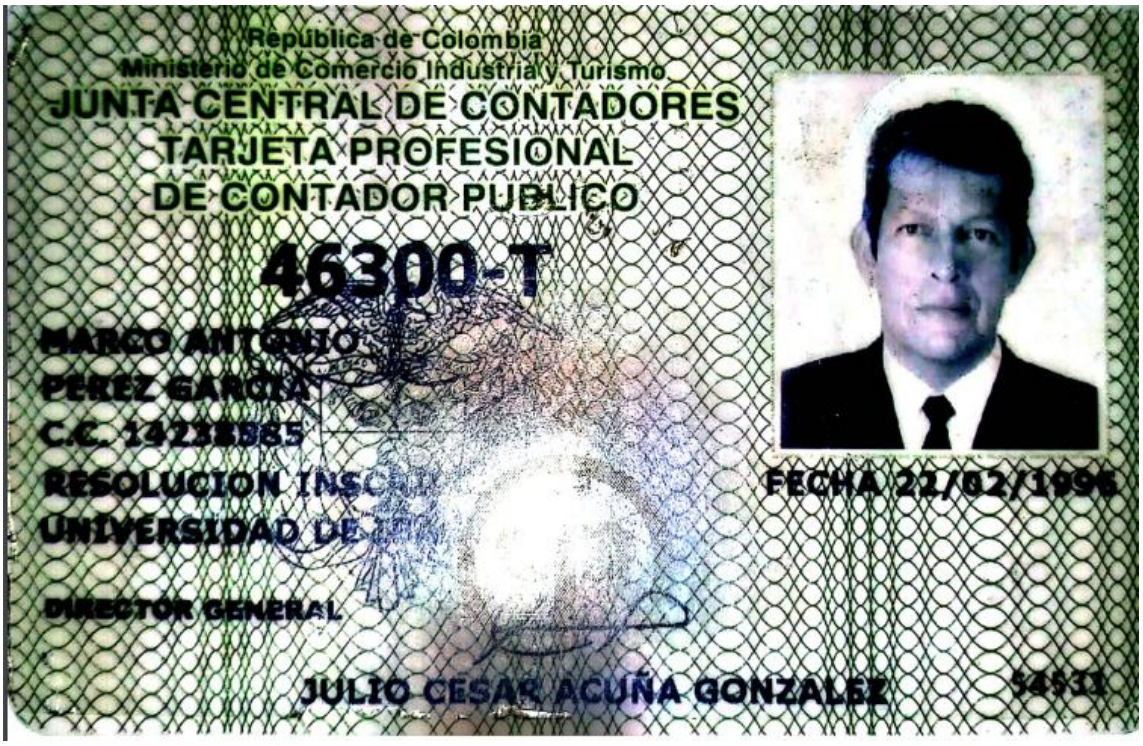
Que desde hace 5 años depende económicamente del Hijo Reynel Felipe Gómez Romero.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Ibagué, as los 2 días del, mes de marzo de 2023.

Atentamente,



**MARCO ANTONIO PEREZ GARCIA**
Contador Público
TP 6300-T
CC. 14.238.585 DE IBAGUE.
ADJUTNO : Tarjeta profesional.


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
46300-T
MARCO ANTONIO
PEREZ GARCIA
C.C. 14238885
FECHA 22/02/1996
DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ
54531


207808
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse
al PBX: 644 44 50 o dirigirse a la UAE Junta Central de
Contadores a la calle 9A - 21 Bogotá D.C.
www.ideas.com