SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA - S

Código Regional	**25**
Código Centro	**951110**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**33824-854293**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA	**C.C.**	11.222.151	**IP/Nº de contacto**	3135503414
Correo electrónico contratista:	jnsanabria@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 65964246194

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: 4595876/2023 **Nº Compromiso SIIF** 16423

Valor Total del Contrato	$ 36.871.470	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.179.981	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.083.151		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN EL ÁREA DE MANTENIMIENTO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS O AFINES, ATENDIENDO LAS POLÍTI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	3,13%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 150.951
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.096.830			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.193.660**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.823.621**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 150.951**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1054326346**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad salud		$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 8.600	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 8.835.833 $ 2.048.415	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	$ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	$ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 262.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 204.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 8.600	
Dependientes hasta	$ 1.357.184	$ 819.366	
Salud hasta	$ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 2.792.123	$ 1.607.874	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.823.621,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	150.951,00	3,13%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	18.149,00	0,500%
-	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	**$3.927.730,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION TITULADA AL CURSO DE MANTENIMIENTO DE VEHICULOS LIVIANOS. FICHA; 2556225
REPARAR COMPONENTES DE LA SEGURIDAD PASIVA Y CONFORT DE ACUERDO A PARAMETROS Y NORMATIVA.
HORAS: 54
IMPARTIR FORMMACION COMPLEMENTARIA AL CURSO DE REVISION TECNICO-MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES. FICHA: 2753014
UTILIZAR LOS EQUIPOS DE LA LÍNEA DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA DE ACUERDO CON LAS NORMAS TECNICAS.
HORAS 80
ACTIVIDADES ADICIONALES. TOTAL HORAS 26
TOTAL HORAS DEICADAS A LA FORMACION 160.

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.

JOSE NOEL SANCHEZ

JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA
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,

ELKIN ALEXIS GUALTERO CASTRO
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

LUIS JAVIER PRADA PAEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

INTEGRIDAD PÚBLICA

FUNCIÓN PÚBLICA

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

José Noel Sánchez Sanabria

C.C 11.222.151

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 26 de abril 2023

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761118446000

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-26, 10:57:55 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1054326346

Periodo Cotización: marzo de 2023 **Periodo Servicio:** marzo de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8838859300

PAGADO 26/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA		
Documento	CC11222151	**Dirección**	CR 13 #36 - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3135503414
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 11222151	JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.604.000	$ 256.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.604.000	$ 200.500	2,436	$ 1.604.000	$ 39.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 496.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.604.000	$ 1.604.000	$ 1.604.000	$ 0	$ 256.700	$ 200.500	$ 39.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 496.300	$ 5.700	$ 502.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-26, 12:27:40 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1054329689

Nro Planilla Corregida: 1054326346 **Periodo Cotización:** marzo de 2023 **Periodo Servicio:** marzo de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8839298310

PAGADO 26/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA		
Documento	CC11222151	**Dirección**	CR 13 #36 - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3135503414
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 11222151	JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA	59	00									A								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.604.000	$ 256.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.604.000	$ 200.500	2,436	$ 1.604.000	$ 39.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 496.300
CC 11222151	JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA	59	00									C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.640.000	$ 262.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.640.000	$ 205.000	2,436	$ 1.640.000	$ 40.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 507.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 36.000	$ 36.000	$ 36.000	$ 0	$ 5.700	$ 4.500	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.100	$ 300	$ 11.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pago Seguridad Social SIMPLE S.A.

1 mensaje

<seguridadsocial@pagosimple.com>

mié., 26 abr. 2023 a la hora 10:59 a. m.

Responder a: seguridadsocial@pagosimple.com
Para: jonosa9778@gmail.com

Bogotá, 26 de abril de 2023

Estimado(a) Usuario(a),

Adjuntamos el comprobante de pago para la referencia 8838859300, cancelada el día de hoy a través de PAGO SIMPLE bajo la modalidad de Planilla Asistida.

Recuerde que para cualquier trámite con las administradoras, con las cuales realiza aportes, usted cuenta con el siguiente número de planilla 1054326346, el cual puede encontrar ubicado en la parte superior del presente comprobante de pago. Para abrir el archivo adjunto es necesario ingresar el número de documento del aportante sin incluir dígito de verificación como contraseña.

En caso de presentar cualquier inconveniente, no dude en comunicarse con nosotros a nuestras Líneas de Servicio al Cliente, con gusto será atendido:

FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Resto del país: 018000 971 971, de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.

También puede dejarnos su solicitud a través de nuestra página web: https://pagosimple.com/contactanos/

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE

SIMPLE S.A

¡Más que fácil, SIMPLE!

Pago Seguridad Social SIMPLE S.A.

1 mensaje

<seguridadsocial@pagosimple.com>

mié., 26 abr. 2023 a la hora 12:29 p. m.

Responder a: seguridadsocial@pagosimple.com
Para: jonosa9778@gmail.com

Bogotá, 26 de abril de 2023

Estimado(a) Usuario(a),

Adjuntamos el comprobante de pago para la referencia 8839298310, cancelada el día de hoy a través de PAGO SIMPLE bajo la modalidad de Planilla Asistida.

Recuerde que para cualquier trámite con las administradoras, con las cuales realiza aportes, usted cuenta con el siguiente número de planilla 1054329689, el cual puede encontrar ubicado en la parte superior del presente comprobante de pago. Para abrir el archivo adjunto es necesario ingresar el número de documento del aportante sin incluir dígito de verificación como contraseña.

[Texto citado oculto]

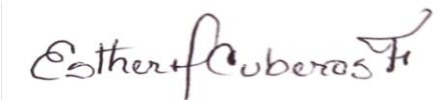
CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que el (la) señor (a) contratista **SANCHES SANABRIA JOSE NOEL;** Identificado con cédula de ciudadanía No. **11222151** aporto para la firma de contrato vigencia 2023, Certificado de Valoración Medico Ocupacional vigente, describiendo la realización de los exámenes complementarios de acuerdo con el perfil del cargo, en tal sentido se describen las siguientes anotaciones: **COMPLETO**

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Pre-ocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015

Se firma en Bogotá a los 09 días de marzo del 2023

Cordial saludo,



ESTHER M. CUBEROS FRANCO
Médico Especialista en Salud ocupacional
Contratista SENA Regional Cundinamarca
Bogotá

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.070.628.109

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58558537

58558537

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 4 M

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	ARDILA

Nombre(s): JOEL MATHIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes NOV Día 30	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13863341-3

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

Apellidos y nombres completos: ARDILA CELI ERIKA MARITZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 39.578.060	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ SANABRIA JOSE NOEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.222.151	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ SANABRIA JOSE NOEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.222.151	

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 2017 Mes DIC Día 07	CLARA [illegible] SANCHEZ - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

07 DIC. 2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 47 FOLIO 0161

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil 21484151-5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970.
VALIDO SIN SELLO DECRETO 2150 DE 1995.

LINA MARCELA BARRIOS MONTIEL
Registradora Especial del Estado Civil (E)
Girardot, Cundinamarca

12 DIC. 2017

REGISTRADURÍA

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

NUIP 1072102805

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43753426

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 281

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	PEDREROS

Nombre(s): JOSE EMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes 09 Día 29	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	51089075-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PEDREROS ARIAS FRANCY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.951.337 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ SANABRIA JOSE NOEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 11.222.151 DE GIRARDOT	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y noinbres completos: SANCHEZ SANABRIA JOSE NOEL

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 11.222.151 DE GIRARDOT

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes 10 Día 21	JORGE ELIECER CHAUTA JIMENEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE GIRARDOT – CUNDINAMARCA

CERTIFICA

Que es fiel copia tomada de su original.

Dada en Girardot, Cundinamarca a los 03 AGO 2015

Se expide para : PARENTESCO

Exento de timbre de acuerdo al artículo 13 originales 26 y 27 de la ley 2ª de enero de 1979.

BLADIMIR HERMOSA ACOSTA
NOTARIO SEGUNDO (E) DEL CÍRCULO DE GIRARDOT

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1070589856

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36471066

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Cárcel [ ]

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	PEDREROS

Nombre(s)

ANA MARIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Hora	Grupo sanguíneo y RH
Año 2005 Mes AGO Día 10	FEMENINO		

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A6133719

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PEDREROS ARIAS FRANCY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052951337	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ SANABRIA JOSE NOEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011232151	COLOMBIA

Datos del declarante

SANCHEZ SANABRIA JOSE NOEL

CEDULA DE CIUDADANIA 0011232151

Datos primer testigo

Datos segundo testigo

Fecha de inscripción

Año 2006 Mes AGO Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ANTONIO OVIEDO MATIZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 1 República de Colombia
CIRCULO NOTARIAL DE GIRARDOT
JORGE ENRIQUE CHAUTA IBAÑEZ
Notario

21 ENE 2015

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Girardot, mayo 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 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:

T.I.	**1072102806**	**JOSE EMANUEL SANCHEZ PEDREROS**	**HIJO**
R.C	**1070628109**	**JOEL MATHIAS SANCHEZ ARDILA**	**HIJO**
T.I	**1070589856**	**ANA MARIA SANCHEZ PEDREROS**	**HIJA**

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: ___José Noel Sánchez Sanabria_____

C.C. _____11222151_____

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

Girardot, mayo 2023

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
ANA MARIA SANCHEZ PEDREROS.	**1070589856**	
JOSE EMANUEL SANCHEZ.	**1072102806**	
JOEL MATHIAS SANCHEZ ARDILA	**1070628109**	

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

JOSE NOEL SANCHEZ

JOSE NOEL SANCHEZ SANABRIA
cc.11222151

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _X____
- Certificado de estudios. _____
- Certificado contador público. _____
- Certificado medicina legal. _____