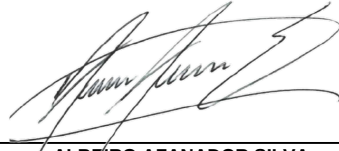
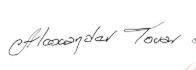


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER</b><br><b>CTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y MANUFAC -STANDER -TECNOACADEMIA</b>                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Código Regional</b> 68<br><b>Código Centro</b> 922510<br><b>Fecha Elaboración</b> 20 de Junio de 2023<br><b>Versión</b> ENERO 2023 - 1,23<br><b>ID de Proceso</b> 44364-571104                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Nombres y apellidos contratista:</b> ALBEIRO AFANADOR SILVA<br><b>Correo electrónico contratista:</b> albeafanador@gmail.com                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>C.C.</b> 91.535.195                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>IP/N° de contacto</b> 0              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Régimen del IVA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO RESPONSABLE <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO <b>Es declarante de renta?</b> <input checked="" type="checkbox"/> SI <b>Es Pensionado?</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO |                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Banco al cual consignar:</b> DAVIVIENDA <b>Inducción SST</b> <input checked="" type="checkbox"/> SI <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |
| <b>Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Tipo de cta</b> AHORROS <b>N° Cuenta</b> 0550488419040909                                                                                                                                                                                              | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)</b> <input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>N° del contrato:</b> 4609946/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>N° Compromiso SIIF</b> 28123                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b> \$ 49.208.250<br><b>Saldo Anterior del Contrato</b> \$ 32.805.500<br><b>Nuevo Saldo del Contrato</b> \$ 28.119.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>N° Pago</b> 5                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Periodo objeto de pago</b><br><b>Del</b> 01/06/2023 <b>Al</b> 30/06/2023<br><b>Legalización comisiones del periodo</b> \$ 0,00                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Valor Bruto Pago</b> \$ 4.686.500,00 |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES COMO FACILITADOR DE LA TECNOACADEMIA NODO BUCARAMANGA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION ORIENTACION Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DE LOS APRENDICES PL 315D VR MES \$4.686.500 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>Ingresos por honorarios</b> \$ 4.686.500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</b> 0,00%<br><b>Retención en la Fuente del Periodo</b> \$ 0                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ 0<br><b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 4.686.500<br><b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b> \$ 2.762.588                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Menos, Retefuente Otros Ingresos</b> \$ 0<br><b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> \$ 0                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Junio</b> 68506560<br><b>Mayo</b> 68506560                                                                                                                                                                                                             | <b>Base retención en la fuente a título de RENTA</b> 2.762.588,00<br><b>Base retención en la fuente a título de ICA</b> 4.686.500,00<br><b>Valor base IVA</b> 0,00<br><b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b> 0,00 19%<br><b>Menos Retención en la Fuente</b> 0,00 0,00%<br><b>Menos Retención IVA</b> 0,00 15%<br><b>Reteica - 9609</b> 46.865,00 1,000%<br><b>Otras Retenciones</b> 0,00 0,000%<br><b>Otras Retenciones</b> 0,00 0,000%<br><b>Otras Retenciones</b> 0,00 0,000%<br><b>Otras Retenciones</b> 0,00 0,000%<br><b>Descuentos de Libranza</b> 0,00<br><b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b> 0,00<br><b>VALOR A PAGAR</b> \$4.639.635,00 |                                         |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b> \$ 1.874.600<br><b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b> \$ 234.400<br><b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b> \$ 300.000<br><b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b> \$ -<br><b>ARL</b> \$ -<br><b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b> \$ 8.835.833<br><b>\$ 1.171.625</b><br><b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b> \$ 13.430.466<br><b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b> \$ 13.430.466<br><b>Intereses Prestamo de Vivienda</b> \$ 4.241.200<br><b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -<br><b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -<br><b>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -<br><b>Dependientes hasta</b> \$ 1.357.184<br><b>Salud hasta</b> \$ 678.592<br><b>Renta Exenta 25%</b> \$ 2.792.123<br><b>Retención en la Fuente Contingente</b> \$ - |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| Trabajar de formar articulada y coordinada con los demás roles SENNOVA en el Centro de Formación para fortalecer las diferentes estrat<br>Elaborar los documentos técnicos para los procesos de adquisición de materiales y/o equipos de formación, contratación del servicio de<br>Participar en comités, mesas de trabajo y demás espacios de gestión, planeación, innovación, desarrollo tecnológico, investigación, di<br>Ejecutar Eventos de Divulgación Tecnológica (EDT) u otras actividades complementarias como talleres y eventos, relacionados con la lín<br>Mantener actualizada la información del proceso formativo y sus respectivos soportes en los aplicativos que se requieran de acuerdo co<br>Mantener actualizado, completo y en buen estado el inventario de la TecnoAcademia recibido, y velar por la correcta utilización, cuida                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte<br>suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC<br>y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no<br>han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número<br>de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en<br>esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada<br>uno de los campos aquí diligenciados.                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           | <br><b>ALBEIRO AFANADOR SILVA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por<br>el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el<br>presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Autorizo el presente pago.</b><br>El Supervisor,<br><br>Firmado digitalmente por<br>Alvaro Alexander Tovar Espinel<br>Fecha: 2023.06.23 15:51:11<br>-05'00'<br><b>ALVARO ALEXANDER TOVAR ESPINEL</b><br><b>PROFESIONAL G09</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |
| <b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b><br><b>JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO</b><br><b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |               |                          |                 |           |     |
| 2023-05              | 2023-05                          | I             | 16/06/2023               | 68506560        | \$535.800 |     |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS046        | SALUD MIA EPS | 900914254-1 | 235,000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 235,000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 300.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 300.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |        |     |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|--------|-----|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |        |     |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| 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                              | 235.000                             | 235.000       |
| Pensión                | 1                              | 300.800                             | 300.800       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 2                              | 535.800                             | 535.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                        |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE       |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 91535195          | ALBEIRO AFANADOR SILVA |        | CLL 91 # 45-55 | 6891280            | ALBEAFANADOR@GMAIL.COM              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL        | CÓDIGO | DEPARTAMENTO   | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                        |        | SANTANDER      | BUCARAMANGA        |                                     |
|                     |                   |                        |        |                |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                        |        |                |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-05              | 2023-05                           | I             | 16/06/2023               | 68506560        | \$535.800 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                        |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |        |           |         |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |              |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|--------|-----------|---------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|--------------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                        |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |        |           | SALUD   |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |           |                        | PARAFISCALES |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres    | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA    | 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   | 91535195              | AFANADOR SILVA ALBEIRO | 3         | 0      |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     | 230301 | 1.880.000 | 300.800 | 0          | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS046   | 1.880.000 | 235.000                |              | 0       |                 | 0          |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA

## CERTIFICACION DEPENDIENTES

Floridablanca, 30 de Junio del 2023

Señores

### SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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. | 1222303938 | Samuel David Afanador Chía | Hijo |
| T.I. | 1027793268 | Isabella Afanador Chía     | 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: Albeiro Afanador Silva

C.C. 91.535.195 de Bucaramanga



54180600\*

ESPACIO PARA NOTAS



**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 57516722



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

|      |            |
|------|------------|
| NUIP | 1097793268 |
|------|------------|

|                                                                           |                          |         |                                     |        |    |           |                          |               |                          |                       |                          |        |     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|-------------------------------------|--------|----|-----------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------|-----|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                        |                          |         |                                     |        |    |           |                          |               |                          |                       |                          |        |     |
| Registraduría                                                             | <input type="checkbox"/> | Notaría | <input checked="" type="checkbox"/> | Número | 09 | Consulado | <input type="checkbox"/> | Corregimiento | <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía | <input type="checkbox"/> | Código | Q7E |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía |                          |         |                                     |        |    |           |                          |               |                          |                       |                          |        |     |
| COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA                                        |                          |         |                                     |        |    |           |                          |               |                          |                       |                          |        |     |

|                                                                                      |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|------------------|----------|-----------------|---|-----------|----------|
| Datos del inscrito                                                                   |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| Primer Apellido                                                                      |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| AFANADOR *****                                                                       |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| Segundo Apellido                                                                     |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| CHIA *****                                                                           |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| Nombre(s)                                                                            |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| ISABELLA *****                                                                       |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| Fecha de nacimiento                                                                  |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| Año                                                                                  | 2 | 0 | 1 | 7 | Mes | N | O | V | Día | 2 | 3 | Sexo (en letras) | Femenino | Grupo sanguíneo | B | Factor RH | Positivo |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |
| COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA                                                 |   |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |                  |          |                 |   |           |          |

|                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO                              | 14338027-8                        |

|                                                                                                                                                                                                   |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 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                                                                                                                                                                     |              |
| CHIA RODRIGUEZ DIANA ALEXANDRA                                                                                                                                                                    |              |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                                                                      | Nacionalidad |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.637.835                                                                                                                                                           | COLOMBIANA   |

|                                                                                                                                                                                                    |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 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                                                                                                                                                                      |              |
| AFANADOR SILVA ALBEIRO                                                                                                                                                                             |              |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                                                                                                                       | Nacionalidad |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.535.195                                                                                                                                                               | COLOMBIANO   |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Datos del declarante                         |       |
| Apellidos y nombres completos                |       |
| AFANADOR SILVA ALBEIRO                       |       |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.535.195         |       |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| 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                  | 2 | 0                                           | 1 | 7 | Mes | D | I | C | Día | 1 | 1 | SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ |  |
|                      |   |                                             |   |   |     |   |   |   |     |   |   | Nombre y firma             |  |