SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**92150-375599**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA	**C.C.**	80.108.582	**IP/Nº de contacto**	3165362595
Correo electrónico contratista:	jpinzonq@sena.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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91200293458

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: 5834779/2024 **Nº Compromiso SIIF** **5124**

Valor Total del Contrato	$ 21.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.500.000	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.300.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.200.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ“N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ“NOMA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.300.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.534.850**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**73897482**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.720.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 275.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.075.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 430.000	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 844.950	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.534.850,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.809.800,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	36.803,00	0,966%
-	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	**$4.263.197,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN A FICHAS DE TITULADA: 2885759-2763519-2614412-2713748-2864739-2774929-2704974-2825551-2767524
Apoyo en el gimnasio del centro de formación CTCM

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.

Jesús A. PinzónQ

JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
INSTRUCTOR G20

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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA identificado(a) con Cedula Ciudadania 80108582, se encuentra Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Febrero de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
24231137

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A Quien interese

Que JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA identificado con cédula de ciudadanía número 80108582 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002241538, vigente desde el 1 de Julio de 2016.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 10 de Febrero de 2024.

Atentamente,



WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20240210-15:26-21177681

Skandia Fiduciaria S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA** identificado con **CC** No. **80108582**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 21/02/2017 **Fecha de inicio de cobertura:** 03/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INSTRUCTOR

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012298167.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898781532

(415)7707212489984(8020) 000001489878153 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 0 8 5 8 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 1 0 8 5 8 2	1 9 9 9 0 7 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINZON	QUIROGA	JESUS	ANTENOR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 78 C 110 97 IN 10 AP 1 O 1

42. Correo electrónico: jesusbogota@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 0 3 1	7 9 5 9 1 1 2	3 1 6 5 3 6 2 5 9 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 2 0 2 0 7	8 5 4 2	2 0 1 7 0 2 2 0	1 0 8 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 24 / 17 : 34: 44

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PINZON QUIROGA JESUS ANTENOR

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80108582 realizó el día 10/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80108582 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Jesús A. PinzónQ

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Hace constar:

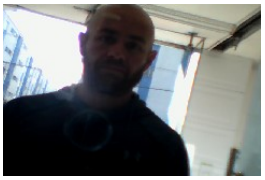
Que el Sr(a) JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 80108582 el día 10/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS
NIT: 900532770-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 80108582-79103

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	14/02/2023 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA	**Identificación:**	80108582
Género	MASCULINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3165362595
Fecha Nacimiento:	3/06/1981	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CALLE 78 C N 110-16	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	SKANDIA
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRIA	DEBE USAR ANTEOJOS DE PROTECCIÓN PARA LUZ AZUL POR BAJA AGUDEZA VISUAL LEJOS ODI, PAUTAS DE HIGIENE VISUAL. CONTROL: ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
GLICEMIA PRE-PRANDIAL	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO	REALIZADO
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA.
ANEXO PSICOSOCIAL	NO presenta condiciones en sus de factores de riesgo psicosocial que afecten su calidad de vida o su desempeño laboral.
ANEXO CARDIOVASCULAR	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: -CUIDADO VISUAL

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	SVE

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	FORMULA DE ANTEOJOS

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina – Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera , además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dra. Karen Yohana Garcia
Gerente Salud Ocupacional
RM 12860
Especialista en Auditoría - Salud

KAREN YOHANA GARCIA PALACIOS

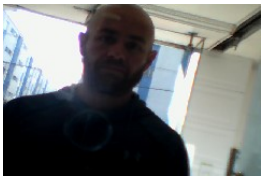
JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA 80108582

Firma y cédula del Paciente

12860

Médico Especialista en Salud Laboral

LABORATORIO CLÍNICO



Informe de Laboratorio: 79103

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 14/02/2023 BOGOTA D.C
Paciente: JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA
Género MASCULINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 3/06/1981
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CALLE 78 C N 110-16
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 80108582
Teléfono **Móvil:** 3165362595
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: ESPECIALIZACION

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA PRE-PRANDIAL - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-02-14 08:35:25.5680	72 mg/dl	VR: 70 - 100 mg/dl	REALIZADO
CUADRO HEMÁTICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-02-27 07:09:06.8630			REALIZADO
HEMATOCRITO	50 %		
HEMOGLOBINA	15.2 Gr%		
LEUCOCITOS	6400 /mm		
V.S.G.	7 mm		
RECUENTO DIFERENCIAL.			
NEUTRÓFILOS	56 %		
LINFOCITOS	40 %		
EOSINOFILOS	3 %		
BASOFILOS			
CAYADOS.			
MONOCITOS	1 %		
RECUENTO DE PLAQUETAS	321.000 /mm	130.000 - 440.000 plaquetas por cc de sangre	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2023-02-27 07:09:14.8400	RAZON COLESTEROL/HDL:		REALIZADO
COLESTEROL TOTAL	151 mg/dl	VR: valor deseable hasta 200 mg/dl	
COLESTEROL HDL	50 mg/dl	VR:alto riesgo menor de 33 mg/dl	
COLESTEROL LDL		VR:normal hasta 178 mg/dl	
TRIGLICERIDOS	79 mg/dl	VR: 30-150 mg/dl	

Dra. Luz Mabel García R.
Bacterióloga Laboratorista Clínica

LUZ MABEL GARCIA RODRIGUEZ - Profesional

JESUS ANTENOR PINZON QUIROGA 80108582
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 26 de febrero de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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

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

NUIP - NIP	**1014893192**	**Isabella Pinzon Chaparro**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1023414109**	**Antonia Pinzon Chaparro**	**HIJO**

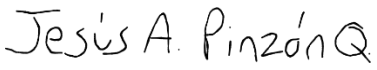
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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

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

Cordialmente,



_____
FIRMA
Nombre: _Jesus Antenor Pinzon Quiroga
C.C. __80.108.582

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014893192

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55221674

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZON	CHAPARRO

Nombre(s): ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes OCT Día 24	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13849660-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHAPARRO MARQUEZ NUBIA ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52809917 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PINZON QUIROGA JESUS ANTENOR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80108582 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PINZON QUIROGA JESUS ANTENOR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80108582 DE BOGOTA	Jesus A. Pinzón Q.

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 2016 Mes OCT Día 27	LUIS SIMON GIL GUZMAN NOTARIA 52 BOGOTA D.C. 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 -

Scanned by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1023414109

Indicativo Serial 59366426

59366426

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 56 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 H

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZON	CHAPARRO

Nombre(s)

ANTONIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes ABR Día 23	FEMENINO	O	+

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C,

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1475989S-4

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

CHAPARRO MARQUEZ NUBIA ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 52.809.917 DE BOGOTA	COLOMBIANA

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

PINZON QUIROGA JESUS ANTENOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 80.108.582 DE BOGOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PINZON QUIROGA JESUS ANTENOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 80.108.582 DE BOGOTA	Jes A. Pinzón Q.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. #	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. #	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes MAY Día 30	BERNI FRANCISCO ESCALONA
	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 -

OFIXPRES 100238573

Scanned by CamScanner