



Información de la Planilla Pagada					
Nit de comercio Operador de Información		900097333-9			
Razón Social del Operador de Información		SIMPLE S.A.			
Descripción		Pago de SuAporte			
Fecha		2024-03-05, 10:09:23 PM en horario extendido			
Periodo de Cotización Otros Riesgos		febrero de 2024			
Periodo de Cotización Para Salud		febrero de 2024			
Empresa		CIRO ANTONIO CALDERON RAMIREZ			
CEDULA CIUDADANIA		CC 79275666			
Código Sucursal (Nombre)		()			
Referencia de Pago/ Número Planilla		1061992560			
Tipo de Planilla		I			
Número Transacción Bancaria/ CUS		496932640			
Banco		(1007) - BANCOLOMBIA			
Valor		\$ 499.200			
Estado de la Transacción		Aprobada			
Dirección IP de Origen		10.0.19.58			

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 275.200	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 215.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 9.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 499.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 499.200



Comprobante

de pago en línea



SIMPLE OI

Pago realizado por: CIRO ANTONIO CALDERON RAMIREZ

Nro. de recibo: 1061992560

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: 10.0.19.58

Concepto: CC

Razón Social: 79275666

Fecha y hora de la transacción: Martes 5 de Marzo de 2024 10:11:53 PM

Nro. de comprobante: 0000067304

Valor pagado: \$ 499,200.00

Producto: *****6868

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera
de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de marzo de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

T.I.	1025529113	PAULA ANDREA CALDERON MAYORGA	HIJO
C.C.	1000862370	ANA ESTEFANIA CALDERON MAYORGA	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: Ciro Antonio Calderon Ramirez

C.C. 79275666

REPÚBLICA DE COLOMBIA

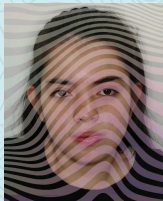


Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC

1.000.862.370



ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRIADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

No Firma

APELLIDOS / NOMBRES

**CALDERON MAYORGA
ANA ESTEFANIA**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

**09-AGO-2003
BOGOTA D.C. - CUNDINAMARCA**

FECHA DE EXPEDICIÓN

09-OCT-2021

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

BOGOTA D.C. - OFICINA DISCAPACITADOS

OFICINA DE ENTREGA

BOGOTA D.C. - OFICINA DISCAPACITADOS

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 09-ABR-2022**

**8503115009
09-OCT-2021**

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANA	ESTEFANIA	CALDERON	MAYORGA

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1000862370

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
ZONAMEDICA MR SAS	Año	Mes	Día
	2022	4	27

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Física	SI	X	NO	Dominio	Porcentaje
Visual	SI		NO X	Cognición	83.33
Auditiva	SI		NO X	Movilidad	75.00
Intelectual	SI	X	NO	Cuidado Personal	75.00
Psicosocial (Mental)	SI		NO X	Relaciones	100.00
Sordoceguera	SI		NO X	Actividades de la Vida Diaria	83.33
Múltiple	SI	X	NO	Participación	75.00
				GLOBAL	81.94

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b710.3 b810.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s750.373 s810.378

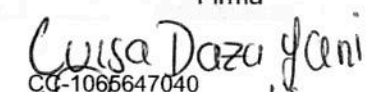
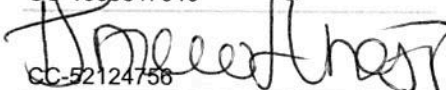
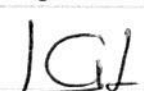
3. Codigos Actividades y Participación

d310.4 d4501.3 d910.3



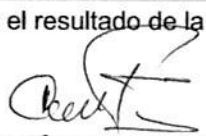
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LUISA MARGARITA DAZA YANI	Medicina	 CC-1066647040
KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	Fisioterapia	 CC-52124758
IVONNE GONZALEZ LINARES	Fonoaudiología	 CC-53105714

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, ANA ESTEFANIA CALDERON MAYORGA manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Acudiente: 
Nombre y Firma Ana Calderon E.

Documento: CC-1000862370

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.025.529.113**
CALDERON MAYORGA

APELLIDOS
PAULA ANDREA

NOMBRES

Paula Calderon M.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-2006**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-MAR-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

25-NOV-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+

G.S. R+1

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ABEL SANDOZ TORRES



P-1500150-00523777-F-1025529113-20131216

00361-61000-1

1892647951



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PAULA	ANDREA	CALDERON	MAYORGA

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	---	----------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1025529113

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

ZONAMEDICA MR SAS

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2022	4	27

2.3 Departamento

BOGOTÁ, D.C.

2.4 Municipio

BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Física	SI	X	NO	Dominio	Porcentaje
Visual	SI		NO X	Cognición	91.67
Auditiva	SI		NO X	Movilidad	45.00
Intelectual	SI	X	NO	Cuidado Personal	62.50
Psicosocial (Mental)	SI		NO X	Relaciones	100.00
Sordoceguera	SI		NO X	Actividades de la Vida Diaria	77.50
Múltiple	SI	X	NO	Participación	75.00
				GLOBAL	75.28

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b167.3 b840.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s810.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d310.4 d598.3

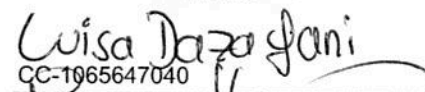


La salud
es de todos

Minsalud

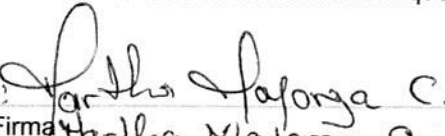
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
LUISA MARGARITA DAZA YANI	Medicina	 CC-1065647040
KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	Fisioterapia	 CC-52124756
IVONNE GONZALEZ LINARES	Fonoaudiología	 CC-53105714

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, PAULA ANDREA CALDERON MAYORGA manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Acedente: 
Nombre y Firma: Paula Mayorga C.

Documento: TI-1025529113

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*