



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                                                   |                           |    | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |                           |  |             |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|---------------------------|----|--------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CEDULA DE CIUDADANIA                              | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |    | 63301687                       |  |                           |  |             |  |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | EUMELIA AGUILAR VARGAS AGUILAR VARGAS             |                           |    | NÚMERO PLANILLA:               |  | 7913682410                |  |             |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | BUCARAMANGA                                       | DEPARTAMENTO:             |    | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       |  | MES                       |  | MES         |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | SEC 18 APTO 230 BL 21-4 BUCARICA                  | TELÉFONO:                 |    | DÍAS DE MORA:                  |  | febrero AÑO               |  | febrero AÑO |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE                                  | CLASE APORTANTE:          |    | 2024                           |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | 2024        |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                                           | I-INDEPENDIENTE           |    | 0                              |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 456912955   |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                                             | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |    | 2024/02/15                     |  |                           |  |             |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                           | NO |                                |  |                           |  |             |  |  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |  |  |                |            |                     |           |             |              |            |            |            |            |              |  |
|-------------------------|--------------------|--|--|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA          |                    |  |  | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |            | TOTALES    |            |              |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |  |  |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP        | APORTES    | MORA       | VALOR PAGADO |  |
| 25-14                   | 25-14 COLPENSIONES |  |  | 1              | \$ 220.800 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0       | \$ 220.800 | \$ 0       | \$ 220.800   |  |
| SUBTOTALES:             |                    |  |  |                |            |                     |           |             |              |            | \$ 220.800 | \$ 0       | \$ 220.800 |              |  |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |      |           |              |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |      |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037                | EPS037-NUEVA EPS | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 172.500  |             | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0 | \$ 0      | \$ 172.500   |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 172.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 172.500   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |  |  |                |                     |       |                      |          |             |            |           |      |           |              |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|--|--|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-----------|------|-----------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA                        |                                         |  |  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       | SALDO A FAVOR        |          | LIQUIDACIÓN |            | TOTALES   |      |           |              |  |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |  |  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR       | COTIZACIÓN | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |  |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |  |  | 1              | \$ 0                | \$ 0  |                      |          | \$ 0        | \$ 14.500  | \$ 14.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 14.500    |  |
| SUBTOTALES:                           |                                         |  |  |                |                     |       |                      |          |             |            | \$ 14.500 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 14.500    |  |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                        |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |       |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                    |          |           |            |              |             |           |          |                           |              |                   |          |           |            |             |              |                                          |          |           |                   |           |      |              |          |      |       |              |              |
|-------------------------------|----------------|------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|-------------------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|------------------------------------------|----------|-----------|-------------------|-----------|------|--------------|----------|------|-------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                        |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |       |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |                    |          |           |            |              |             |           |          |                           | PARAFISCALES |                   |          |           |            |             |              |                                          |          |           |                   |           |      |              |          |      |       |              |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP   | VST | SLN | COM              | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN            |          |           |            |              |             |           |          | SEGURIDAD SOCIAL          |              |                   |          | SALUD     |            |             |              | ARP                                      |          |           |                   | DÍAS COT  | IBC  | PARAFISCALES |          |      |       |              |              |
|                               |                |                        |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |       |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN              | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN             | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN                                    | DÍAS COT | IBC       | CENTRO DE TRABAJO |           |      | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC  | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 63301687    | AGUILAR VARGAS EUMELIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.300.000   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     | 01-30 |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 25-14 COLPENSIONES | 30       | 1.380.000 | \$ 220.800 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 220.800   | EPS037- NUEVA EPS | 30       | 1.380.000 | \$ 172.500 | \$ 0        | \$ 172.500   | 14-23- POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30       | 1.380.000 | \$ 63301687       | \$ 14.500 | \$ 0 |              | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0  | \$ 0         | \$ 0         |

TOTAL

\$ 407.800

Bucaramanga, 22/marzo/2024

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

Asunto: Solicitud deducible retención en  
fuente por dependientes

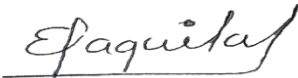
Estimados señores:

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

|                                                                           |                                                                         |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apellidos y Nombre</b><br><b>Diego Alonso Garcia</b><br><b>Aguilar</b> | <b>Documento</b><br><b>Identidad</b><br><b>cc.</b><br><b>1005288731</b> | <b>Calidad del Dependiente</b><br><b>1. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.</b> |
|                                                                           |                                                                         |                                                                                   |

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

Cordialmente,



**Eumelia Aguilar Vargas**  
**c.c. 63301687**

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

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



Fecha de Expedición: 16/01/2024 10:00  
Fecha de Vencimiento: 16/01/2024

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
NIT: 860012357-6

Cra. 18 N° 9 - 27

Ciudad: BUCARAMANGA  
Departamento: SANTANDER  
Pais: Colombia  
Telefono: 5878797 ext 1157  
Correo: facturacionelectronica@usta.edu.co

DIEGO GARCIA  
CC:1005288731

Calle 17#25-39

Ciudad: BOGOTA, D.C.  
Departamento: BOGOTA  
Pais: Colombia  
Telefono:  
Correo: diegoknockerz@hotmail.com

Contacto: DIEGO GARCIA  
diegoknockerz@hotmail.com

Autorización Numeración de Facturación Electrónica DIAN: 18764050221862 del 08/06/2023 al 08/12/2024 Autoriza con Prefijo FI2 del 110001 al 230000.

Nombre Vendedor: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS  
Orden de Compra:  
Avisos de Despacho:  
Aviso de Recibo:

Forma de Pago: Crédito  
Medio de Pago: Consignación bancaria

| ID | Código Principal | Descripción                    | Cantidad | UM | Precio Unitario | Desc. | Cargos | Bruto        | % Iva | Iva  | Obseq. |
|----|------------------|--------------------------------|----------|----|-----------------|-------|--------|--------------|-------|------|--------|
| 1  |                  | POL241_1731423 FI2_MAT_I_SM_PR | 1,0000   | 94 | 6.161.000,00    | 0,00  | 0,00   | 6.161.000,00 |       | 0,00 |        |



|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| Total de Líneas           | 1                 |
| Bruto/Subtotal            | 6.161.000,00      |
| IVA                       | 0,00              |
| Descuentos                | 0,00              |
| Cargos                    | 0,00              |
| Base+ Cargos - Descuentos | 0,00              |
| Bruto + Impuestos         | 6.161.000,00      |
| Total de Anticipos        | 0,00              |
| Total a Pagar:            | 6.161.000,00      |
| Moneda:                   | PESOS COLOMBIANOS |

SON: SEIS MILLONES CIENTO SESENTA Y UN MIL PESOS COLOMBIANOS

Observaciones:  
FI2\_MAT\_I\_SM\_PR

RESPONSABLES DEL IMPUESTOS SOBRE LA RENTA.  
NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR SER LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS UNA INSTITUCIÓN SIN ÁNIMO DE LUCRO, PERTENECIENTE AL RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL, ARTICULO 19 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Res.DIAN 012220 del 26 dic 2022.  
No somos responsables del impuesto a las Ventas de acuerdo al Art 92 ley 30 de 1992 y Numeral 5 del artículo 476 del Estatuto Tributario.  
Esta Factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio según Artículo 774 C.C.  
Actividad de Ica en el Territorio de Bucaramanga 30-6312, tarifa 7,2\*1000.Cuenta de ahorro 0550046000312218 del banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

