

[illegible]



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BARRANQUILLA, 22 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BARRANQUILLA

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:

C.C.	1044652305	SEBASTIAN DAVID GUERRERO DIAZ	Hijo(a)
------	------------	-------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

YOVANNA SUJEIS DIAZ VILLADIEGO
C.C. 32873538

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 32873538		DIAZ VILLADIEGO YOVANNA SUJEIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 58 9 F 08	SOLEDAD-ATLANTICO	3233785	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	20240403141705815119	9464037050	I	2024/04/09	2024/04/03	BANCO AV VILLAS	0	\$518,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$9,400	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$9,400	\$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$9,400	\$0
1	CC 32873538	DIAZ YOVANNA	25-14	30	\$1,786,218	\$285,800	EPS037	30	\$1,786,218	\$223,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,218	\$9,400	0
Total Afiliados(1)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$9,400	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32873538		DIAZ VILLADIEGO YOVANNA SUJEIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 58 9 F 08	SOLEDAD-ATLANTICO	3233785	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-03	2024-03	20240403141705815119		9464037050	I	2024/04/09	2024/04/03	BANCO AV VILLAS	\$518,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
TOTAL				1	\$518,500	\$0	\$0	\$518,500	