SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL QUINDÍO

CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**93260-335188**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	89.003.095	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	oagonzalezb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	312861060
IP/Nº de contacto:	14	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6211582/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**47824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE CAMPESENA DE LOS CUPOS ASIGNADOS AL CENTRO PARA LA VIGENCIA 2024 RAD 63-9-2024-004450

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**15/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 36.022.062
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 36.022.062
Valor Bruto Pago:	**$ 2.232.772,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.789.290

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.232.772	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.232.772**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.228.995**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1273**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 223.277	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 410.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.228.995,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.232.772,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar la formación profesional integral

Recolectar, organizar y entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación

Apoyar al centro de formación en la promoción del portafolio de servicios y la oferta de formación académica

Aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia "orientar formación presencial y/o virtual de acuerdo con procedimiento

Reportar por cada periodo fijo de pago un equivalente a 160 horas y/o su equivalente en horas

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

OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

JUAN DAVID PARDO QUINTERO
PROFESIONAL G02

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
ADRIANA MARITZA VANEGAS CASTILLO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

23/04/24 07:26:06 USUARIO: SIC - C.C. 89003095

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cio Occidental de Salud

No. De Radicación	Fecha de Radicación
2152559	02 04 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de Trámite
A. Afiliación ☐ B. Novedad ☒

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Código a registrar por la EPS ☐

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Apellidos y nombres: GONZALEZ | Bustos | OSCAR | Arley

Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	89003.095.	F ☐ M ☒	14 06 1975.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo: F N M; Condición: T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	PROTECCIÓN	1500.000

18. Residencia: Villa Jimena | 42 d CA 52 | 3233114807

Zona: Urbana ☒ Rural ☐ | Bucaramanga | Quinatoc

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		F ☐ M ☐	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B2			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B3			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B4			F ☐ M ☐	D D M M A A A A
B5			F ☐ M ☐	D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. Ubicación

OFIX

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO , identificado(a) con CC 89003095 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/05/2009 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/04	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/05	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/06	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/07	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/08	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/09	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/10	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/11	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2023/12	30
CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	CC	89003095	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	2024/01	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los SIETE (7) días del mes de ABRIL del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

portal_webusr

CD3 5112665 Abr 7 2024 4:52PM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ BUITRAGO OSCAR ARLEY** identificado(a) con **CC** número **89.003.095** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de noviembre de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de abril de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024040805313

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 2 1 — Solicitud de retiro de IVA a no responsable

4. Número de formulario: 14897487219

(415)7707212489984(8020) 000001489748721 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 9 0 0 3 0 9 5	7	Impuestos y Aduanas de Armenia 1	

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 9 0 0 3 0 9 5	1 9 9 3 0 7 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	BUITRAGO	OSCAR	ARLEY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Quindío 6 3	Armenia 0 0 1

41. Dirección principal: CR 12 11 67 BRR BUENOS AIRES

42. Correo electrónico: oscararleygonzalez@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 4 0 1 9 3 6	3 1 1 7 3 2 2 5 0 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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
7 1 1 2	2 0 1 3 0 1 1 7	4 2 2 0	2 0 1 3 0 1 1 7	4 3 9 0		2 1 4 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 1 6 2 2 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 - 20 / 15 : 43: 17

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: ROJAS MONTENEGRO KAREN

985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

OSCAR GONZALEZ
Ingeniería y Construcción

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
6c179a1fe77e2f3e5eca36e6b65dac7f597cdb9bfcf1de21cd71a2e441f68d1ad0f779644250a5ab1ce1a516cbcd33d7

Número de Factura: 534
Fecha de Emisión: 24/04/2024
Fecha de Vencimiento: 24/04/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GONZALEZ BUITRAGO OSCAR ARLEY
Nombre Comercial: GONZALEZ BUITRAGO OSCAR ARLEY
Nit del Emisor: 89003095
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Quindío
Municipio / Ciudad: Armenia
Dirección: CR 12 11 67 BRR BUENOS AIRES
Teléfono / Móvil: 7401936
Correo: oscararleygonzalez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999034
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	1mzo	Planear y orientar la formación integral titulada yo complementaria de Campesena	NIU	1,00	$ 2.232.772,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 2.232.772,00

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-04-24 17:36:05
Documento generado el: 2024-04-24 17:36:04
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			2.232.772,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			2.232.772,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			2.232.772,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	2.232.772,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764069317541 Rango desde: 534 Rango hasta: 550 Vigencia: 2024-10-20

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
RG63-1-2024-001604
23/04/2024 9:15:41 a.am.
Destinatario: 639231

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 22 de abril 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:

T.I.	**1092854156**	**SEBASTIAN GONZALEZ GUEVARA**	**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.

Powered by CamScanner

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: Oscar Arley Gonzalez Buitrago
C.C. 89003095 de Armenia
Correo: ing.civil.oscargonzalez@gmail.com

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1092854156

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32777775

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 05 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 50 1 1

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA ARBELAEZ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	GUEVARA

Nombre(s): SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes MAY Día 05	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA ARBELAEZ

Tipo de documento antecedente o/Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO DE MAYA	51209264-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: Ingrid Vanessa GUEVARA CORREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No 41.943.470 de ARBELAEZ CUNDINAMARCA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: JOHN JAIRO GONZALEZ QUINTERO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No 89.003.095 de ARBELAEZ CUNDINAMARCA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: Ingrid Vanessa GUEVARA CORREA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No 41.943.470 de ARBELAEZ CUNDINAMARCA	Ingrid Guevara Correa

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 2009 Mes MAY Día 16	Nombre y firma

NOTARIA 5a ARMENIA QUINDIO

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Powered by CamScanner