

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1061709977	JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ		Carrera 32 # 654	1234560	jaiverdelcastilloinstructor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76882214	\$533.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	215.000	0		0		0	0	0	0	215.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	275.200	0	0	0	0	0	0		275.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.000				9.000	0	0	9.000			90	9.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	34.400	0	0	34.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	215.000	215.000
Pensión	1	275.200	275.200
Riesgos Laborales	1	9.000	9.000
CCF	1	34.400	34.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	533.600	533.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1061709977	JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ		Carrera 32 # 654	1234560	jaiverdelcastilloinstructor@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-04	2024-04	I	06/05/2024	76882214	10
					TOTAL A PAGAR
					\$533.600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1061709977	DEL CASTILLO MUÑOZ JAIVER ENRIQUE	59	0		N																		230301	1.720.000	275.200	0	0		0	0	EPS005	1.720.000	215.000	14-23	1.720.000	1	9.000	CCF56	1.720.000	34.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Se certifica que **JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ**, identificada con **CC** número **1061709977**, aportó por el empleado **JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ**, identificado(a) con **CC** número **1061709977** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **76882214** para el periodo de salud **2024-04** y pensiones **2024-04** de la siguiente forma.

[illegible]

El presente certificado se expide a los 12 días del mes Mayo de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



Pago Por Pse
-\$533.600,00

Fecha de transacción

lunes, 06 de mayo de 2024

Fecha de aplicación

lunes, 06 de mayo de 2024

Detalles

Pago por PSE

MiPlanilla.com Pago Proteccion

CUS: 000621690811



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 12 de mayo 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.	1058937174	JOAQUÍN RAFAEL DEL CASTILLO TORRES	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,



JAIVER ENRIQUE DEL CASTILLO MUÑOZ
C.C. 1061709977

NUIP	1.058.937.174
-------------	---------------

54903002

Fecha de Inscripción Año <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td></tr></table> Mes <table border="1"><tr><td>A</td><td>B</td><td>R</td><td>I</td></tr></table> Día <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>				2	0	1	A	B	R	I	1	Nombre y firma del funcionario que autoriza  MARÍA DEL ROSARIO CHELÁN DE TRUJILLO Nombre y firma
2	0	1										
A	B	R	I									
1												

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

POPAYAN
(CAUCA)

31-MAR-2014

LUGAR DE NACIMIENTO

31-MAR-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

27-ABR-2021 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

M

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1100100-01230474-M-1058937174-20210430

0074250163A 1

8501957853

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.937.174**
DEL CASTILLO TORRES

APELLIDOS
JOAQUIN RAFAEL

NOMBRES

Joaquin

FIRMA





Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Jaiver Enrique Del Castillo Muñoz

C.C 1.061.709.977

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de mayo 2024

Aura Isabel Mora

Código: 761108008000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano