

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	38289202	LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ		Diagonal 100 # 1d-35 este	3118371790	maggieballen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		
							SI

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	
2024-06	2024-06	I	03/07/2024	78356554	\$518.800	

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	223.400	0		0		0	0	0	0	223.400	1

TOTALES PENSION				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230301	Porvenir	800224808-8	286.000	0	0	0	0	0	0		286.000	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	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	223.400	223.400
Pensión	1	286.000	286.000
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.800	518.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	38289202	LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ		Diagonal 100 # 1d-35 este	3118371790	maggieballen@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	03/07/2024	78356554	\$518.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	38289202	BALLEN SANCHEZ LUZ MAGALY	59	0			N																			230301	1.787.000	286.000	0	0	0	0	EPS005	1.787.000	223.400	14-23	1.787.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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, 19 de JULIO 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:

C.C.	28.782.809	Luz Marina Sanchez	MADRE
-------------	-------------------	---------------------------	--------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: Luz Magaly Ballen Sanchez

C.C. 38.289.202



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
NIT. 53.070.064-3
CONTADOR PUBLICO TITULADO – UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA
ESPECIALISTA GERENCIA FINANCIERA – UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
COLOMBIA
ESPECIALISTA EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

CERTIFICADO DE PADRES DEPENDIENTES

El suscrito Contador Publico

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del párrafo 1 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la **señora LUZ MARINA SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía 28.782.809 de Honda (Tolima), residente de la ciudad de Bogotá, es actualmente Madre de la señora **LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía 38.289.202 de Honda (Tolima).

Que en la actualidad la señora **LUZ MARINA SANCHEZ** no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple con los criterios para que pueda figurar con dependiente de la señora **LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ**.

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora **LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ** ante el **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá, a los 17 días del mes de Febrero del 2022.



CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
CC. 53.070.064 Bogotá
CONTADOR PUBLICO TITULADO
TP 192273-T

ABRIL 04	MAYO 05	JUNIO 06	JULIO 07	AGOSTO 08
SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV. 11	DIC. 12	

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

5661030

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica	2 Parte compl.
80 12 18	078 11

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) NOTARIA UNICA.-	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría Honda.-	5 Código 6140
---	---	-------------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido BALLEN.-	7 Segundo apellido SANCHEZ.-	8 Nombres LUZ MAGALY.-
9 Masculino o Femenino femenino.-	10 ☐ Masculino ☒ Femenino	11 Día 18
12 Mes Diciembre	13 Año 1.980	
14 País Colombia.-	15 Departamento, Int., o Com. Tolima.-	16 Municipio Honda.-

SECCION ESPECIFICA

17 Lugar de nacimiento HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-	18 Hora 9 A.M
19 Documento presentado. Antecedente (Cert. médico, Acta de parto, etc.) Certificado Médico.-	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento LUZ MARINA.-
21 No. licencia	22 Edad (años) 25
23 Apellido (de soltera) SANCHEZ.-	24 Nombres LUZ MARINA.-
25 Identificación (clase y número) c.c. # 28.782.809 de Honda.-	26 Nacionalidad Colombiana
27 Profesión u oficio Hogar.-	28 Apellidos BALLEN BERNAL.-
29 Nombres MIGUEL ANTONIO.-	30 Edad (años) 35
31 Identificación (clase y número) c.c. # 19.990.955 de Bogotá.-	32 Nacionalidad Colombiano
33 Profesión u oficio Empleado	

34 Identificación (clase y número) c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-	35 Firma (autógrafa) MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
36 Dirección postal Calle 6a. # 22-82 Honda.-	37 Nombre MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
42 Identificación (clase y número)	43 Firma (autógrafa)
44 Domicilio (Municipio)	45 Nombre
46 Fecha de inscripción 2 Enero.- 1.981	47 Mes
48 Año	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
HONDA - TOLIMA

Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina Data: 12/09/97

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

09 ENE 2009

MANUEL JOSÉ BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Oct. 21/09/97

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

SANCHEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1955**

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

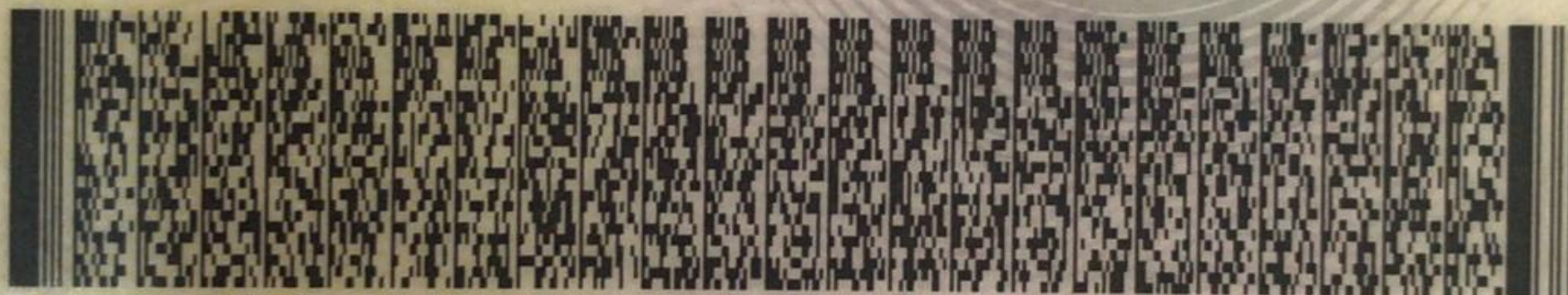
SEXO

17-ENE-1976 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024

0004796420A 1

6550000122

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL