

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

CÓDIGO REGIONAL
Código Centro
Fecha Elaboración
Versión
ID de Proceso

DICIEMBRE 2024 - 2.24
MARZO 2024 - 81314-062860

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:
Cédula de Ciudadanía
Correo electrónico:
IP/Nº de contacto:
Inducción SST:
Régimen del IVA:

LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO
1.022.364.660
ldhernandez@sena.edu
0000
SI
NO RESPONSABLE

Banco a consignar:
Tipo de cuenta:
Número de Cuenta:
Presta Servicios Excluidos de IVA:
Pertenece al régimen simple de tributación:
Es declarante de renta por el año gravable 2023

DAVIVIENDA
AHORROS
0550005300548293

SI
NO
SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000
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)
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?

NO
NO
NO
NO

Concepto del pago corresponde a:
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

Ninguno
0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato: 5816941/2024 Nº Compromiso SIIF 11024 Número de pagos durante la vigencia del contrato 11

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR:Prestación de servicios profesionales con plena autonomía como instructor con el propósito de atender las necesidades de formación regular en las áreas asociadas a la red de conocimiento GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO del Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del 01/12/2024 Al 14/12/2024

Número de pago 11

Valor Bruto Pago: \$ 2.083.921,00

Saldo Anterior del Contrato: \$ 2.083.921

Valor Total del Contrato: \$ 46.739.371

Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios \$ 2.083.921 Ninguno 0,00%
Ingresos por comisiones \$ 0 Retención en la Fuente del Periodo \$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 4.465.545 Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.549.466 TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.733.519

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

\$

Diciembre

Noviembre

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 173.333

\$ 1.786.218

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 21.700

\$ 223.300

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 27.800

\$ 285.800

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

ARL I

\$ 1.000

\$ 9.400

Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ 285.800

-

Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ 223.300

-

Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ 9.400

-

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

\$ -

-

Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC

\$ -

Otras Retenciones 0,00 0,000%

Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias

\$ -

Otras Retenciones 0,00 0,000%

Intereses Prestamo de Vivienda

\$ 347.000

Otras Retenciones 0,00 0,000%

Dependientes hasta

\$ 654.947

Otras Retenciones 0,00 0,000%

Salud hasta

\$ 753.040

-

Otras Retenciones 0,00 0,000%

Renta Exenta 25%

\$34.082.904

\$ 1.245.000

Otras Retenciones 0,00 0,000%

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

\$ 8.079.423

-

Descuentos de embargo (Si tiene) VALOR A PAGAR \$2.071.714,00

Retención en la Fuente Contingente

\$

SON: DOS MILLONES SETENTA Y UN MIL SETECIENTOS CATORE PESOS M/C TE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO Seguimiento y Evaluacion Etapa Productiva Fichas 2975105 - CUIDADO ESTETICO DE MANOS Y PIEES 16 Horas 2902287 - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA 32 Horas 2877043 - RECURSOS HUMANOS 32 Horas Total Horas 80 Horas

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFIQUE, 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

LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO 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.

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 ARGEMIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

ALBA CONSUELO CASAS FONSECA INSTRUTOR G08

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1022364660	LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO		CLL 19 SUR # 51 B - 38	3197767340	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81813557	TOTAL A PAGAR \$555.400

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.800	0		0		0	0	0	0	223.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	286.400	0	0	0	0	0	0		286.400	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
CCF21	Cafam				860013570-3	35.800	0

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	223.800	223.800
Pensión	1	286.400	286.400
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	1	35.800	35.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	555.400	555.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022364660	LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO		CLL 19 SUR # 51 B - 38	3197767340	LIZETHDAHIAN@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

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
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81813557	10
					TOTAL A PAGAR
					\$555.400

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1022364660	HERNANDEZ LADINO LIZETH DAIHAN	59	0		N																		230201	1.790.000	286.400	0	0	0	0	EPS008	1.790.000	223.800	14-23	1.790.000	1	9.400	CCF21	1.790.000	35.800	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022364660	LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO		CLL 19 SUR # 51 B - 38	3197767340	LIZETHDAHIAN@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	10/12/2024	82570911	TOTAL A PAGAR \$403.300

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022364660	LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO		CLL 19 SUR # 51 B - 38	3197767340	LIZETHDAHIAN@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2024-12	2024-12	I	10/12/2024	82570911	\$403.300

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	IVA	IVA	IVA	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	1022364660	HERNANDEZ LADINO LIZETH DAIHAN	59	0		N																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF21	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0	

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SOACHA

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:

RC	1013159118	ANGEL EMANUEL MORALES HERNANDEZ	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,

LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO
C.C. 1022364660



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

62016099

NUIP

1013159118

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A 2 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 53 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido

MORALES

Segundo Apellido

HERNANDEZ

Nombre(s)

ANGEL EMANUEL

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2022

Mes

MAY

Día

04

MASCULINO

A

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

172835921

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ LADINO LIZETH DAIHAN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1022364660

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

MORALES JEFFERSON STEVEN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1010183047

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORALES JEFFERSON STEVEN

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 1010183047

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)

Fecha de inscripción

Año

2022

Mes

MAY

Día

06

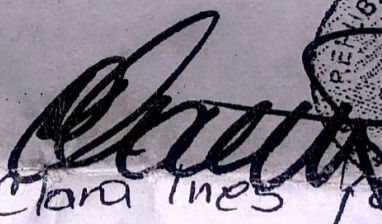
Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

NUIP		1013120284		ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL		Indicativo Serial		41454340							
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina		Notaría ☒ Registraduría ☐		Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía		Número		Corregimiento		Inspección de Policía		Código		A 2 H	
NOTARIA 53		BOGOTA DC COLOMBIA		CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC****											
Primer Apellido		OSPINAL*****		Segundo Apellido		HERNANDEZ*****									
Nombre(s)		DYLAN SANTIAGO*****													
Fecha de nacimiento		Año 2008 Mes MAR Día 12		Sexo (en letras)		MASCULINO*****		Grupo Sanguíneo		O*****		Factor RH		+ ****	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		COLOMBIA CUNDINAMARCA SANTAFE DE BOGOTA DC*****													
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos		CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****													
Número certificado de nacido vivo		50106848-2*****													
Datos de la madre		HERNANDEZ LADINO LIZETH DAIHAN*****		Apellidos y nombres completos											
Documento de identificación (Clase y número)		TARJETA DE IDENTIDAD 90092255971*****		Nacionalidad		COLOMBIA*****									
Datos del padre		OSPINAL CERQUERA RICHARD ADOLFO*****		Apellidos y nombres completos											
Documento de identificación (Clase y número)		CEDULA DE CIUDADANIA 1116434078*****		Nacionalidad		COLOMBIA*****									
Datos del declarante		OSPINAL CERQUERA RICHARD ADOLFO*****		Apellidos y nombres completos											
Documento de identificación (Clase y número)		CEDULA DE CIUDADANIA 1116434078*****		Firma		Richard Adolfo Ospinal									
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		Año 2008 Mes MAR Día 18		Nombre y firma del funcionario que autoriza		RICARDO CEBALLOS SUAREZ (E)*****									
Reconocimiento paterno		Firma		Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento		RICARDO CEBALLOS SUAREZ*****									
Firma		Richard Adolfo Ospinal		Nombre y Firma											
ESPACIO PARA NOTAS		ACEPTO RECONOCIMIENTO LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO LV 166 FOL. 284													
		Lizeth Daihan Hernández Ladino													

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Nota: Mediante Sentencia de Fecha Diciembre 10/2019 proferida por el juzgado Primero de Familia de Bogotá en Oralidad, priva los derechos de Patria potestad al señor Richard Adolfo Ospinal Cervera, identificado con la C.C. N. 1.116.434.078 sobre su hijo Dylan Santiago Ospinal Hernandez, la cual radicara único y exclusivamente en cabeza de su progenitoro señora Lizeth Daihan Hernandez Ladino.
Libro de Varios T.288 F.257.
Dic. 23/2019


Clara Ines
Notaria 53 Bta



NOTARIA 53 DE BOGOTÁ, D.C.
EN BLANCO



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SOACHA

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:

TI	1013120284	Dylan Santiago Ospinal Hernandez	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,

LIZETH DAIHAN HERNANDEZ LADINO
C.C. 1022364660