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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**03345-351461**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMPARO SAMBONI CRUZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	48.645.064	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asamboni@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	86831280982
IP/Nº de contacto:		**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7404311/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**19725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONSTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED: HOTELERIA Y TURISMO EN EL DEPARTAMENTO DEL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**08/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.294.866
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.294.866
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 43.695.355

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8634238839**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 901.000	
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	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.511,00	
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 - 8551 - POPAYAN	9.199,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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	**$4.590.312,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de formación en municipio de Popayán, ficha 3000044. Competencia: Materias Primas R2.Solicitar materias primas de acuerdo con órdenes de producción, R. estándar. Desde 12/02/2025. Según reporte de sofiaplus 18 h. Orientar procesos de formación en cipio de Popayán. F 3066149. Competencia: Manipular alimentos. R2: Efectuar operaciones de limpieza y desinfección en ambientes de producción de alimentos . Desde 14/02/2025. Según reporte de sofiaplus 15 h. Orientar procesos de formación en el municipio de Popayan 3000058. Competencia: Manipular alimentos y bebidas. R1:Detectar los riesgos de contaminación que afectan el servicio de alimentos Desde 10/02/2025. Según reporte de sofiaplus 18 h. SEGUMIENTOS APRENDICES ETAPA PRACTICA. Fichas: 2673708, 22774283, 277601, 2712248, 2824288,2943770,2876019, 2875733 y 2930192.Tco en cocina. PROYECTO FORMATIVO cod:1712379. Desde 10/02/2025. Según reporte de sofiaplus 72 h. Otras actividades en el PROYECTO FORMAT.cod:1712379. Desde 5/02/2025.Según reporte de sofiaplus 32 h

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

Amparo Samboni Cruz
Firmado digitalmente por Amparo Samboni Cruz
Fecha: 2025.02.24 09:40:21 -05'00'

AMPARO SAMBONI CRUZ
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,
Firmado digitalmente por ADA LORENA CERON ROSERO
Fecha: 2025.02.25 12:16:53 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	AMPARO SAMBONI CRUZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-48645064
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-17
FECHA DE PAGO:	2025-02-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	8634238839
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603573251
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.400	$ 223.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 286.000	$ 286.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 9.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.800	$ 518.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/03/2025

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único: 48645064

Valor a Pagar $: 518.800

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8603573251

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2015 Mes 01

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

AVV 251 20250131 15:31 SC 193 LINEA A
VR PAGADO: 518,800.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8603573251
ID:48645064 0
Fecha Aplicación:20250203 PIN:153114
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Fiel copia del original
Ompon Sambori Cruz
48645064

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 100360500 Sku.43659

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973546493

(415)7707212489984(8020) 000001497354649 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 8 6 4 5 0 6 4	4	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 8 6 4 5 0 6 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cauca 1 9	Mercaderes 4 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SAMBONY	CRUZ	AMPARO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: C L 56 N 10 21 BRR VILLA DEL VIENTO

42. Correo electrónico: amsac9@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 2 8 3 6 2 0 7 3	3 1 3 2 3 8 8 7 7 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 0 5 0 3 0 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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

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:

Firmado digitalmente por Amparo Samboni Cruz
Fecha: 2025.01.10 18:10:22 -05'00'

984. Nombre SAMBONY CRUZ AMPARO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) AMPARO SAMBONI CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 48645064 realizó el día 18/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo AMPARO SAMBONI CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 48645064 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firmado digitalmente por Amparo Samboni Cruz
Fecha: 2025.02.18 15:41:13 -05'00'

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

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

El(la) señor(a) AMPARO SAMBONI CRUZ , identificado(a) con CC 48645064 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: 01/10/2004 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	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	VIGENTE
CC	1059237412	JUAN PABLO COLLAZOS SAMBONI	VIGENTE
CC	76305303	JUAN CARLOS COLLAZOS PALTA	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	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/01	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/02	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/03	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/04	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/05	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/06	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/07	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/08	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/09	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/10	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/11	30
CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	CC	48645064	AMPARO SAMBONI CRUZ	2024/12	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los OCHO (8) días del mes de ENERO del año 2025.

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

canales_webusr

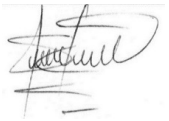
CD3 5410004 Ene 8 2025 10:47AM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AMPARO SAMBONI CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **48645064,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de enero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) AMPARO SAMBONI CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 48645064 el día 18/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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

Popayán 20 de febrero de 2025

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:

cc	1059237412	JUAN PABLO COLLAZOS SAMBONI	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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:_AMPARO SAMBONI CRUZ
C.C.48645064

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



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.059.237.412

Apellidos
COLLAZOS SAMBONI

Nombres
JUAN PABLO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
16 MAYO 2006

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
POPAYAN (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
21 MAYO 2024, POPAYAN

Fecha de expiración
21 MAYO 2034

Firma
Juan Pablo Collazos



.CO

046844369

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046844369811001<<<<<<<<<<
0605162M3405215COL1059237412<7
COLLAZOS<SAMBONI<<JUAN<PABLO<<

Universidad del Cauca

UNIVERSIDAD DEL CAUCA NIT No. 891500319-2

Calle 5 No. 4-70 Tel: (57)0928209900 - 0928209800.
Popayán, Cauca - Colombia.
Vicerrectoría Administrativa - Crédito y Cobranzas.

Periodo: 2025.1 049/1998 PRE

PAGO ORDINARIO

(415)7709998012516(8020)011093221601(3900)0003248000(96)20250324

PAGO EXTRA ORDINARIO

(415)7709998012516(8020)011093221601(3900)0004672000(96)20250328

Facultad:	**Facultad de Ingeniería Electrónica y Telecomunicaciones**		**REF: 10932216**
Programa:	**Ingeniería de Sistemas**		
Nombre:	**JUAN PABLO COLLAZOS SAMBONI**		Pago ord. hasta: 2025-03-24
Identificación:	**1059237412**	Código: **104623020135**	Pago extra ord. hasta: 2025-03-28

SERVICIOS BÁSICOS				DESCUENTOS
Derecho matricula	$ 2.493.000	Seguro estudiantil	$ 43.000	
Recursos computacionales	$ 71.000	Biblioteca y deportes	$ 499.000	
Laboratorios	$ 142.000			

20 FEB. 2025 PROCESADO

Al descargar este recibo usted está aceptando los términos y condiciones establecidos en el proceso de matrícula financiera de la Universidad del Cauca
Páguese en efectivo en el Banco Popular, Bogotá, Davivienda, Occidente (tarjetas de Crédito y Débito), Juguemos o GOU (Página Unicauca). No se aceptan pagos por corresponsal bancario.

Pago Ordinario No beneficiario Politica de Gratuidad	**$ 3.248.000**
Pago Extra ordinario	**$ 4.672.000**

ESTUDIANTE

Exija en esta factura el timbre de la máquina registradora o sello de cancelación del banco y consérvelo en caso de reclamo.
Esta boleta de matrícula se debe pagar en efectivo.

18 de febrero de 2025 8:06 PM

Universidad del Cauca

UNIVERSIDAD DEL CAUCA NIT No. 891500319-2

Calle 5 No. 4-70 Tel: (57)0928209900 - 0928209800.
Popayán, Cauca - Colombia.
Vicerrectoría Administrativa - Crédito y Cobranzas.

Periodo: 2025.1 049/1998 PRE

PAGO ORDINARIO

(415)7709998012516(8020)011093221601(3900)0003248000(96)20250324

PAGO EXTRA ORDINARIO

(415)7709998012516(8020)011093221601(3900)0004672000(96)20250328

Facultad:	**Facultad de Ingeniería Electrónica y Telecomunicaciones**		**REF: 10932216**
Programa:	**Ingeniería de Sistemas**		
Nombre:	**JUAN PABLO COLLAZOS SAMBONI**		Pago ord. hasta: 2025-03-24
Identificación:	**1059237412**	Código: **104623020135**	Pago extra ord. hasta: 2025-03-28

SERVICIOS BÁSICOS				DESCUENTOS
Derecho matricula	$ 2.493.000	Seguro estudiantil	$ 43.000	
Recursos computacionales	$ 71.000	Biblioteca y deportes	$ 499.000	
Laboratorios	$ 142.000			

20 FEB. 2025 PROCESADO

Al descargar este recibo usted está aceptando los términos y condiciones establecidos en el proceso de matrícula financiera de la Universidad del Cauca
Páguese en efectivo en el Banco Popular, Bogotá, Davivienda, Occidente (tarjetas de Crédito y Débito), Juguemos o GOU (Página Unicauca). No se aceptan pagos por corresponsal bancario.

Pago Ordinario. No beneficiario Política de Gratuidad	**$ 3.248.000**
Pago Extra ordinario	**$ 4.672.000**

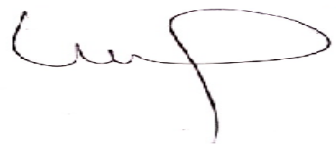
UNIVERSIDAD

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **SAMBONI CRUZ AMPARO** identificación cedula de ciudadanía No **48645064** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si ( ) No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.



VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 17 de febrero de 2025