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 SANTANDER

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954510**
Fecha Elaboración	**23 de Mayo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**02956-511717**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CRISTIAN CAMILO REY PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.096.949.538	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ccrey@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	31288700918
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	SI
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:	7598397/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**41825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ROL INSTRUC TECNICO AREA COMUNICACIONES APORTAN PLANEAC EJECUC EVALU MEJORA CONTINUA PROCES FORMAC Y ASESO TEC PARA EMPREN RURAL Y CAMPES DEFINI POR LA DET Y CN CAMPESENA DEL CATA VIG 2025 PL9M20D VM4599511

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2025**	**Al**	**31/05/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.722.869
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.461.940
Valor Bruto Pago:		**$ 4.599.511,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 31.123.358

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	4,54%
Ingresos por comisiones	$ 1.195.755	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 281.997
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.599.511		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 10.394.777**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.215.099**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 281.997**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.215.099,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1747554055-174**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.511,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	281.997,00	4,54%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.700	$ 9.700	Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 294.400		-	0,00	0,600%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 230.000		-	0,00	0,600%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.700		-	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,600%
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 1.039.478		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 2.072.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.255.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.317.514,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA:3217702-COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO EN MALAGA CON UNA INTENSIDAD HORAS DE 16
DEL 1 AL 2 DE MAYO
FICHA 3225382-ACCIONES DE PREVENCION EN SALUD MENTAL EN SAN ANDRES SANTANDER CON UNA INTENSIDAD DE HORAS DE 40
DEL 5 AL 9 DE MAY0
FICHA 3230222-EN COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO EN MOLAGAVITA CON UNA INTESIDAD DE HORAS DE 48
DEL 12 AL 17 MAYO. FICHA 3242544 EN COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO EN CERRITO EN LA VEREDA CORRAL FALSO
CON UNA INTENSIDAD DE HORAS DE 32 LOS DIAS 22,25,27, DE MAYO.(HORAS POR SUBIR A SOFIA.
FICHA 3243346 EN COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO EN CERRITO INTENSIDAD DE HORAS 16 (PENDIENTE SUBIR EN SOFIA
TOTAL DE HORAS 154 SERAN REPORTADAS EN EL MES EN SOFIA PLUS

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



CRISTIAN CAMILO REY PEREZ
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,

GYNNA PAOLA CARVAJAL CORREA
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
YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/05/25 08:53:14 USUARIO: SIC - C.C. 1096949538

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1096949538
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO REY PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 7 21 - 49	TELÉFONO:	6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1747554055**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992704718

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 294.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 294.400	$ 800	$ 295.200
SUBTOTALES:										**$ 294.400**	**$ 800**	**$ 295.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 230.000	$ 0	$ 700	$ 0	$ 230.000	$ 700	$ 0	$ 230.700
SUBTOTALES:													**$ 230.000**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 230.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.300	$ 19.300	$ 100	$ 0	$ 19.400
SUBTOTALES:									**$ 19.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 19.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1096949538	REY PEREZ CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.839.804				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.839.804	$ 294.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 294.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.839.804	$ 230.000	$ 0	$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.839.804	89999034	$ 19.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 545.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1096949538
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO REY PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CR 7 21 - 49	TELÉFONO:	6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1747976030**			TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	9				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992737861
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	1747554055			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/05/16

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 400	$ 100	$ 500
SUBTOTALES:										**$ 400**	**$ 100**	**$ 500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300	$ 0	$ 100	$ 0	$ 300	$ 100	$ 0	$ 400
SUBTOTALES:													**$ 300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:									**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1096949538	REY PEREZ CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.839.804				NO							A										230301-PORVENIR	30	$ 1.839.804	$ 294.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 294.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.839.804	$ 230.000	$ 0	$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.839.804	89999034	$ 19.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1096949538	REY PEREZ CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.839.804				NO							C	01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.842.000	$ 294.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 294.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.842.000	$ 230.300	$ 0	$ 230.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.842.000	89999034	$ 19.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1096949538	REY PEREZ CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.839.804				NO							R	01-30									230301-PORVENIR	0	$ 2.196	$ 400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 400	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 2.196	$ 300	$ 0	$ 300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 2.196	89999034	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 900

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 5 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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.	1005230965	HEIDY KAHTERINE ORTIZ PEREZ	Hermano(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 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,



CRISTIAN CAMILO REY PEREZ
C.C. 1096949538

Konix Asesores y Consultores

konix
asesores

Málaga –Santander- Col.
3145340407
gerencia@konixasesores.com
www.konixasesores.com

CEDEH 1002-9.04.2025

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **HEIDY KAHTERINE ORTIZ PEREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía N.° **1.005.230.965**, residente de la ciudad Tunja-Boyacá, es hermana del señor **CRISTIAN CAMILO REY PEREZ**, identificado con cédula de ciudadanía N.° **1.096.949.538**

Asimismo, se deja constancia de que la señora **HEIDY KAHTERINE ORTIZ PÉREZ** no percibe ingresos propios actualmente, o en su defecto, sus ingresos han sido inferiores a 260 UVT durante el respectivo período fiscal, cumpliendo de esta manera con los requisitos para ser considerada como **dependiente** del señor **CRISTIAN CAMILO REY PÉREZ**.

Esta certificación fue preparada de manera clara, precisa y ceñida a la verdad, conforme se encuentra señalado en el artículo 69 de la Ley 43 de 1990. Artículo 23 del Código de Comercio y Circular 044 de noviembre de 2005; Soportados en documentos idóneos donde se demuestra la realidad económica y/o los ingresos de esta persona.

En constancia de lo anterior, se expide en Málaga, Santander, a los nueve (9) días del mes de abril de 2025, a solicitud del interesado, dirigida a **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA.**

EWARS FERLEY MENESES JAIMES
Contador Público
T.P 177632- T



VALIDA COMO SOPORTE DE CERTIFICADO DEPENDIENTE
Sr. CRISTIAN CAMILO REY PEREZ



VALIDA COMO SOPORTE DE CERTIFICADO DEPENDIENTE
Sr. CRISTIAN CAMILO REY PEREZ

konix
asesores

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

26801EA448FE1CF5

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EWARS FERLEY MENESES JAIMES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1094247056 de PAMPLONA (N. DE SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 177632-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Febrero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado