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 DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**30 de Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**76713-972625**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JENNY ROCIO MORENO GARCIA	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	1.098.616.058	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jrmorenog@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	314712253
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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:	7767521/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**42325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PPRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET PL 240 DIAS, 600 HORAS VR HORA $39.710

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**21/04/2025**	**Al**	**30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 23.826.000
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 23.826.000
Valor Bruto Pago:			**$ 992.750,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.833.250

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 992.750	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	**$ 992.750**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 339.975**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4601599909**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 34.700	$ 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		$ 99.275	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 22.949.039	$ 113.000	
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	339.975,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	992.750,00	
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 - 8530 - BUCARAMANGA.	7.148,00	0,720%
-	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%
Sobretasa Bomberil	715,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$984.887,00**	

SON: NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

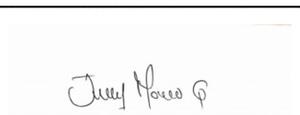
se realizo total de 24 horas: se realizo apoyo a simulación toma de electrocardiograma ficha 3066776

reunion el 28 de abril de 2025 en low multra 7am a 2 pm

induccion en el centro de salud comuneros ficha 2993081

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



JENNY ROCIO MORENO GARCIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

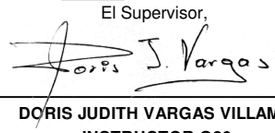
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL
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
NORMAN CARRILLO RAMIREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098616058
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY ROCIO MORENO GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRR 41A 88 25	TELÉFONO:	6489782
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4601599909**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992724311

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	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 227.800	$ 800	$ 228.600
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 800**	**$ 228.600**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 600	$ 0	$ 178.000	$ 600	$ 0	$ 178.600
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 178.600**

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	$ 34.700	$ 34.700	$ 200	$ 0	$ 34.900
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 34.900**

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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1098616058	MORENO GARCIA JENNY ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO	01																230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	109861605	$ 34.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 442.100

Planilla Pagada

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JENNY ROCIO MORENO GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.616.058**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JENNY ROCIO MORENO GARCIA** identificado con **CC** No. **1098616058**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 21/04/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/04/2025 **Fecha fin de Contrato:** 20/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015260931.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

BMANGA, Mayo 21 de 2025

Señora:

MORENO GARCIA JENNY ROCIO

CC. 1098616058CR 17 NO 14 89 CA 133 PIEDECUESTA - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 7 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO	1098614864	C	Feb-22-2022	121	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SANCHEZ MORENO JUAN MANUEL	1097795419	R	Abr-19-2021	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SANCHEZ CABARCA SHARONTH JOHANA	1096066894	T	Dic-24-2024	21	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SANCHEZ MORENO JUAN DIEGO	1097792400	T	Mar-7-2017	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CORPORACION DE PROFESIONALES Y ADMINISTRATIVOS DE	1098616058	Dependiente	CERRADO
DARSALUD AT	1098616058	Dependiente	CERRADO
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	1098616058	Dependiente	CERRADO
JENNY ROCIO MORENO GARCIA	1098616058	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JENNY ROCIO MORENO GARCIA	1098616058	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
JENNY ROCIO MORENO GARCIA	1098616058	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
JENNY ROCIO MORENO GARCIA	1098616058	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141101679943

(415)7707212489984(8020) 000014110167994 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 6 1 6 0 5 8	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 6 1 6 0 5 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	GARCIA	JENNY	ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CL 2 27 146 CA 58 BRR PORTAL DE CASTILLA

42. Correo electrónico: jenny_8606@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0	6 4 8 9 7 8 2	3 2 0 5 7 4 8 1 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 7 1 0	2 0 2 4 0 4 0 8	7 7 2 9	2 0 2 3 0 9 2 6		4 9 2 3	8 6 9 2	1 3 1 4	

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	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 30 de abril 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:

TI	**1097792400**	**JUAN DIEGO SANCHEZ MORENO**	**Hijo(a)**
RC	**1097795419**	**JUAN MANUEL SANCHEZ MORENO**	**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,



JENNY ROCIO MORENO GARCIA
C.C. 1098616058



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39057074

NUIP 1097792400

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 7 E
País, Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito
Primer Apellido: SANCHEZ **********
Segundo Apellido: MORENO **********
Nombre(s): JUAN DIEGO **********
Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes AGO Día 07
Sexo (en letras): Masculino
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: Negativo
Lugar de nacimiento (País, Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección de Policía)
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o con base en el cual se registra
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 13337919-9

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: MORENO GARCIA JENNY ROCIO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.616.058
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864
Firma

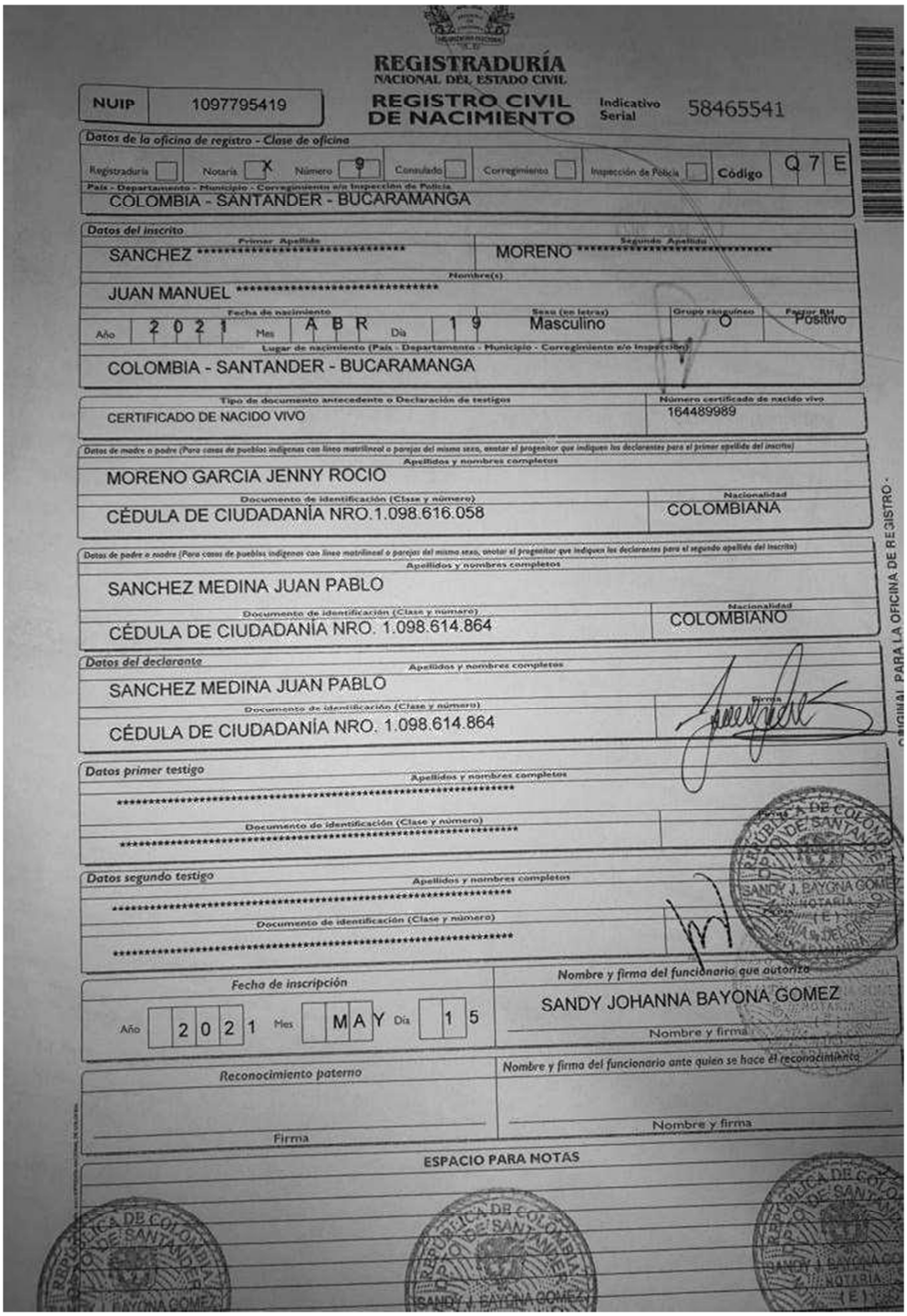
Datos primer testigo
Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma

Fecha de inscripción
Año 2016 Mes AGO Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JAIRO ANTONIO MONTERO FERNANDEZ
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1097795419

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58465541

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 9 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 7 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SANCHEZ **********
Segundo Apellido: MORENO **********
Nombre(s): JUAN MANUEL **********
Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes ABR Día 19
Sexo (en letras): Masculino
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 164489989

Datos de 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: MORENO GARCIA JENNY ROCIO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.616.058
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (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: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864
Firma

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 2021 Mes MAY Día 15
Nombre y firma del funcionario que autoriza: SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.097.792.400

APELLIDOS / NOMBRES
SANCHEZ MORENO
JUAN DIEGO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
07-AGO-2016
FLORIDABLANCA - SANTANDER

FECHA DE EXPEDICIÓN
14-FEB-2024

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
FLORIDABLANCA - FLORIDABLANCA

OFICINA DE ENTREGA
FLORIDABLANCA - FLORIDABLANCA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 14-AGO-2024

8510976437
14-FEB-2024