

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 8339308		MEDINA SUAREZ ESMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 10A 6A 38	GARZON-HUILA	3102089486	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04	9484776141		9484776141	I	2025/05/06	2025/05/22	BANCO DE BOGOTA	\$425,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	
Ciudad: GARZON Depto: HUILA (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	
1	CC	8339308	MEDINA ESMITH	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$14,900	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8339308		MEDINA SUAREZ ESMITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 10A 6A 38	GARZON-HUILA	3102089486	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-04	2025-04	9484776141	9484776141	I	2025/05/06	2025/05/22	BANCO DE BOGOTA	16	\$425,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,400	\$0	\$230,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$2,400	\$0	\$230,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,900	\$200	\$0	\$15,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,900	\$200	\$0	\$15,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,900	\$0	\$179,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,900	\$0	\$179,900	
TOTAL				1	\$420,700	\$4,500	\$0	\$425,200	

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogotá - RECAUDO FILA
2060 80033801 ****4168 T224
FTx22/05/25 14:18H. NO338 Garzon
202504 84 Aportes en línea
PLANILLA No. 000009484776141
Identificación 8339308
VALOR PLANILLA: 425,200.00
Cuenta No. 425,200.00
Cargos Efectivos VALOR \$ 425.200

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 11 de marzo de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad

SENA - CFP 419525
RADICACIÓN RECIBIDA

No: 41-1-2025-002287

7/03/2025 11:28:53 a. m.

Destinatario: _____

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:

T.I.	1145734930	MARIA JOSE MEDINA ALVARADO	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: Esmith Medina Surez

C.C. 8.339.308 de Chigorodó - Antioquia

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1.145.734.930	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	56869570
------	---------------	-------------------------------------	-------------------	----------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐
Inspección de Policía ☐				
Código D U V				
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía				
REGISTRADURIA DE GARZON H. SAN VICENTE DE PAUL - COLOMBIA - HUILA				

Datos del inscrito				
Primer Apellido		Segundo Apellido		
MEDINA		ALVARADO		
Nombre(s)				
MARIA JOSE				
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	Mes	Día		
2016	SEP	29	FEMENINO	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección)				
COLOMBIA HUILA GARZON				

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13599549-2

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	
ALVARADO MEJIA MIRIAM	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 26.450.944	COLOMBIA

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	
MEDINA SUAREZ ESMITH	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 8.339.308	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MEDINA SUAREZ ESMITH	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 8.339.308	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes OCT Día 03	HERSAYN GONZALEZ CERQUERA - REGIS
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESTUDIO PARA NOTAS	
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL	
SERIAL	
NUIP	
FECHA 01 Dic 2016	

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA
Registrador del Estado Civil



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -