

[illegible]

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
2025-05	2025-05	9486176745	9486176745	I	2025/06/05	2025/05/30	BANCO DE BOGOTA	\$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$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	\$1,423,500	\$14,900	\$0	\$0
Ciudad: GARZON Depto: HUILA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$1,423,500	\$14,900	\$0	\$0
1	CC 8339308	MEDINA ESMITH	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000		14+23	\$0	\$1,423,500	\$14,900	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$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 SEMA 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
2025-05	2025-05	9486176745	9486176745	I	2025/06/05	2025/05/30	BANCO DE BOGOTA	0	\$420,700
RESUMEN DE PAGO									
CODIGO				NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES
RIESGO							VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$227,800	\$0	\$227,800
PORVENIR				230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$14,900	\$0	\$14,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS				14-23	860,011,153	6	1	\$14,900	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$178,000	\$0	\$178,000
SANTITAS				EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0
TOTAL						1	\$420,700	\$0	\$420,700



Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

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 - Recaudos Pila
Cuenta No. 434.00338 Barzon
ETX35/05/25
20250504 Aportes en línea
PLANTILLA No. 000009486176745
Identificación: 420,700.00
Valor Pila: 420,700.00
Valor Efectivo: 420,700.00

VALOR \$

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

420.700



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 párrafo 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/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE GARZON H. SAN VICENTE DE PAUL - COLOMBIA - HUILA

Datos del inscrito

Primer Apellido MEDINA Segunda Apellido ALVARADO

Nombre(s) MARIA JOSE

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes SEP Día 29 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA GARZON.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número certificado de nacido vivo 13500540-2.

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) CC 26.450.944. Nacionalidad 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) CC 8.339.308. Nacionalidad COLOMBIA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MEDINA SUAREZ ESMITH.

Documento de identificación (Clase y número) CC 8.339.308. 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 OCT Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza HERSAYN GONZALEZ CERQUERA - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

SERIAL

NUIP

FECHA 01 Dic 2016

PARA NOTAS

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA
Registrador del Estado Civil



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -