

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	05/09/2025	89554486	\$928.800	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	400.000
Pensión	1	512.000	512.000
Riesgos Laborales	1	16.800	16.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.800	928.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79803796	GIOVANNY NIÑO SABOGAL		CL 40C SUR 72K 80 1 ETPA CASA 77	3015936716	gninosabogal@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	05/09/2025	89554486	10
					TOTAL A PAGAR
					\$928.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	79803796	NIÑO SABOGAL GIOVANNY				57	0			N																25-14	3.200.000	512.000	0	0		0	0	EPS008	3.200.000	400.000	14-23	3.200.000	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de septiembre 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:

T.I.	1011099550	SARAH JULIANA NIÑO MONTILLA	HIJO
-------------	-------------------	------------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: GIOVANNY NIÑO SABOGAL
C.C.79803796

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1011079550

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40940664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☐ Notaria ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 111

COLOMBIA BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido NINO Segundo Apellido MONTILLA

Nombre(s) SARAH JULIANA

Fecha de nacimiento Año 2007 Mes 04 Día 01 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección)

COLOMBIA-BOGOTÁ D.C.-BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CL. MAGDALENA

Número certificado de nacido vivo

A. 8136761

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MONTILLA HACIAS MARISOL

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 32153281

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos NINO SABOGAL GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79803796

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos NINO SABOGAL GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79803796

Firma

[Firma manuscrita]

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 2007 Mes 04 Día 24

Nombre y firma de funcionario que autoriza

EDUARDO DURAN BOMEZ

Nombre y firma

