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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**17 Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**04828-283120**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.886.941	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dmosorio149@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	009970464781
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**	NO

¿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	NO
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:	7432029/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**19325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025**	**Al**	**30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.906.145
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.722.869
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 306.634

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9490753799**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.027.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Identificar a la persona con rol de aprendiz; sus logros, dificultades y lo concertado con el ente co-formador

Visitas de acompañamiento y evaluación de los aprendices en etapa productiva.

Alimentación del Portafolio de Evidencias de los aprendices de etapa productiva

Verificación de la documentación de los aprendices para la aprobación del RAP de etapa productiva

Evaluación de los Resultado de Aprendizaje Etapa productiva

Charlas de alternativas de etapa productiva para dar a conocer los aspectos procedimentales de solicitud de aval, documentación, segui

Brindar asesoría a las personas con rol de aprendiz en los lineamientos metodológicos de las alternativas y los seguimientos.

Orientaación en el diligenciamiento de la documentación propios de la etapa productiva.

Diligenciamiento de actas en caso de incumpimieno de contratos para continuar con el proceso de etapa productiva

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



DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

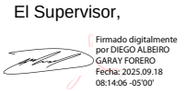
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143083502	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1729451548	9490753799	I	2025/09/09	2025/08/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$534,100

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)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0
1	CC 52886941	OSORIO DEICY	230301	30	$1,839,804	$294,400	EPS005	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$9,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$9,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143083502	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1729451548	9490753799	I	2025/09/09	2025/08/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$534,100	$0	$0	$534,100

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 53.052

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	40 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS	CC	528886941
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
PUEDE LABORAL EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO (COL-HDL-LDL-TRIG)	✓
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO	✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	ÉNFASIS PSICOMETRICO	✓
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)	✓	ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO	✓

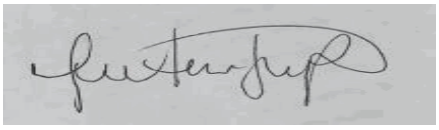
RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE INDICA DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS EN SERVICIOS DE TRANSPORTE PUBLICO Y EN SITIOS CON AGLOMERACIONES
SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES
TIENE 2 DOSIS DE VACUNA CONTRA EL COVID 19- PFIZER
IMC 22.07
DEBE ACTUALIZAR FÓRMULA ÓPTICA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



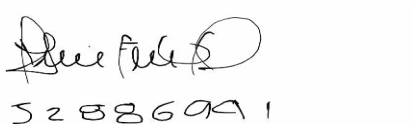
Firma:

Nombre: JURADO RAMIREZ ALEJANDRA

R. M.: 73860/2015 **L.S.O.:** RESOL. 1623 DEL 1[illegible]

Código de Seguridad
X739D1J53052

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA

CC: 528886941

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 27,885

Fecha: 28/01/2023 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 528886941 **Nombre:** OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA **Edad:** 40 AÑOS 8
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO **F. Último Examen:** 2021
Lugar del Último Examen: OPTICA **Motivo Consulta:** PX REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS , CORRIGE CON ANTEOJOA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	US ANTEOJSO DESDE L AINFNACIA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	PANTALLAS LUCES ARTIFICIALES
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

	AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/125	0.50	N/A	-0.25-0.750*0	20/30	0.50
O.I:	NO APLICA	20/125	0.50	N/A	-0.50-0.50*0	20/30	0.50
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES**
OJO IZQUIERDO: **DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL XF**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL XF**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL 8/10**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARREFLEJO ROJO NARANJA , EXC 0.2 MÁCULA SANA CON FIJACIÓN CENTRAL Y ESTABLE**
OJO IZQUIERDO: **REFLEJO ROJO NARANJA , EXC 0.2 MÁCULA SANA CON FIJACIÓN CENTRAL Y ESTABLE**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **-0.50-0.50*0** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **-0.50-0.50*0** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO DERECHO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL 25"**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

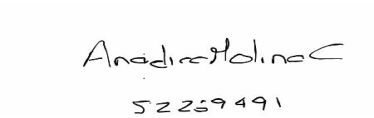
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PX APTO DEBE ACTUALIZAR CORRECCIÓN ÓPTICA , USAR RX DE MANERA PERMANENTE PARA DESARROLLAR SU TRABAJO

OPTOMETRA



Firma:

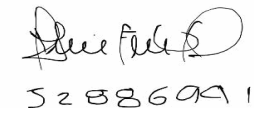
Nombre: MOLINA CORTES ANGELICA

R. M.: 52269491 **L.S.O.:** 8174 DE 15/03/202

Código de Seguridad

H739N3T27885

PACIENTE



Firma:

Nombre: OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA

CC: 528886941

Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud

Paciente:	**DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ**	**Codigo:**	**579**
Edad:	**40 años**	**Fecha:**	**28/01/2023**
Identificación:	**528886941**	**Sexo:**	**Femenino**

HEMOGRAMA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Refencia
Hematocrito	38	%	42 ± 4%
Hemoglobina	12,7	mg/dl	12 a 15
VSG	0	mm/h	0 a 20
Neutrofilos	70	%	45 a 55%
Linfocitos	30	%	25 a 45%
Eosinofilos	0	%	1 a 3%
Cayados	0	%	
Monocitos	0	%	0 a 2%
Basofilos	0	%	0 a 1%
Recuento de Plaquetas	289000	/mm3	150-450000/mm3

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	77	mg/dl	70 a 110
Colesterol Total	212	mg/dl	Menor a 200
Colesterol H.D.L.	58,9	mg/dl	H:30 -70; M: 30 - 85
Colesterol L.D.L.	132,9	mg/dl	
Trigliceridos	101	mg/dl	Menor a 150



LIRIS MARLENE SANCHEZ BAUTISTA

BACTERIOLOGA

REG 1034310381

Av Boyaca N° 64f - 42 Pbx. 9 37 10 20 Cel. 3235767391

E-mail servicioalcliente@exisaludsas.com www.exisaludsas.com

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

RC	1010847887	SIMÓN MATIAS LOZANO OSORIO	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,



DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ
C.C. 52886941

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1010847887

Indicativo Serial 59385590

59385590

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X NOTARIA14	1 4				A 1 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOZANO	OSORTO

Nombre(s)

SIMON MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14381918-4

Datos de la 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

OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52886941 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	

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 2018 Mes SEP Día 20	JORGE LUIS [illegible] HOYOS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner