

Información básica de la planilla

Empresa:	ALEXANDRA MESA RIVERA	NIT:	65632171
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	septiembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	septiembre 2025
Número de Radicación:	90531767	Total a pagar:	\$567,200
Fecha de vencimiento:	17/10/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	08/10/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	1838151223
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$10,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$312,700
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$244,300
						\$567,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	65632171	ALEXANDRA MESA RIVERA		Manzana B casa 4 Barrio Pradera del Calero	3144130392	alexandraeconomista4185@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			TOLIMA	IBAGUÉ	
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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	08/10/2025	90531767	\$567.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	244.300	0		0		0	0	0	0	244.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	312.700	0	0	0	0	0	0		312.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.200				10.200	0	0	10.200			102	10.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	244.300	244.300
Pensión	1	312.700	312.700
Riesgos Laborales	1	10.200	10.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	567.200	567.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	65632171	ALEXANDRA MESA RIVERA		Manzana B casa 4 Barrio Pradera del Calle	3144130392	alexandraeconomista4185@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			TOLIMA	IBAGUÉ	
						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
2025-09	2025-09	I	08/10/2025	90531767	10
					TOTAL A PAGAR
					\$567.200

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	VBP	VBT	SIL	IDE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	65632171	MESA RIVERA ALEXANDRA				59	0			N																		230201	1.954.000	312.700	0	0	0	0	EPS005	1.954.000	244.300	14-23	1.954.000	1	10.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 21 de octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

NUIP - NIP	1.077.246.472	Sergio David Aldana Mesa	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,

Alexandra Mesa Rivera

FIRMA

Nombre: Alexandra Mesa Rivera

C.C. 65.632.171 de Ibagué



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

NUIP 1.077.246.472

Indicativo 57525737
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 9	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía NOTARIA 4 NEIVA - COLOMBIA - HUILA - NEIVA						

Datos del inscrito

Primer Apellido ALDANA		Segundo Apellido MESA	
Nombre(s) SERGIO DAVID			
Fecha de nacimiento Año 2017 Mes MAY Día 13		Sexo (en letras) MASCULINO	Grupo sanguíneo B
Factor RH POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA HUILA NEIVA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 14066097-6
--	---

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 MESA RIVERA ALEXANDRA		Nacionalidad COLOMBIA
Documento de identificación (Clase y número) CC 65.632.171		

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 ALDANA MARTINEZ NORVEY HERIBERTO		Nacionalidad COLOMBIA
Documento de identificación (Clase y número) CC 5.822.845		

Datos del declarante Apellidos y nombres completos ALDANA MARTINEZ NORVEY HERIBERTO		Firma
Documento de identificación (Clase y número) CC 5.822.845		

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

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

Fecha de inscripción Año 2017 Mes MAY Día 17	Nombre y firma del funcionario que autoriza DEYANIRA ORTIZ CUENCA - NOTARIO
---	--

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

ESPACIO PARA NOTAS 17 MAY 2017 - NEIVA NOTARIO DE CUENCA DE TUM 3. FOLIO 143. ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL A SOLICITUD DE INTERSADO PARA ACREDITAR PARENTESCO LA NOTARIA, DEYANIRA ORTIZ CUENCA	
--	--

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO