

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91154990	PABLO ULICES FONSECA NAVAS		Calle 77B # 119A-68 Torre Valencia Apto 2000	6013206811	pablofonsecanavas@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91153419	TOTAL A PAGAR \$569.300

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	44.900				44.900	0	0	44.900			449	44.900	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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	44.900	44.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	569.300	569.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91154990	PABLO ULICES FONSECA NAVAS		Calle 77B # 119A-68 Torre Valencia Apto 3000	6013206811	pablofonsecanavas@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
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	91153419	\$569.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	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	91154990	FONSECA NAVAS PABLO ULICES	59	0			N																		25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS010	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	3	44.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



PABLO FONSECA <pablofonsecanavas@gmail.com>

DAVIVIENDA

BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com <BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com>

4 de noviembre de 2025, 16:13

Para: PABLOFONSECANAVAS@gmail.com

Apreciado(a) PABLO ULICES:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****1212:

Fecha:2025/11/04

Hora:16:12:39

Valor Transacción: \$569,300

Clase de Movimiento:Descuento Pago Planilla Unica Internet,

Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, noviembre 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.	1014990605	ANA MARÍA FONSECA BULLA	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: PABLO ULICES FONSECA NAVAS
C.C. 91154990

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1014990605

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

41108427

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 64	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A3J
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía						
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. - -						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
FONSECA - -		BULLA - -	
Nombre(s)			
ANA MARIA - -			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año 2007 Mes AGT Día 08		FEMENINO	0
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. - -			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLÍNICA MATERNO INFANTIL A 8187846

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
BULLA MORA VICTORIA EUGENIA - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. N. 63.493.639 BUCARAMANGA - -	COLOMBIANA - -

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
FONSECA NAVAS PABLO ULICES - - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. N. 91.154.990 FLORIDABIANCA (SDER.)	COLOMBIANA - -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
FONSECA NAVAS PABLO ULICES - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. N. 91.154.990 FLORIDABIANCA (SDER.)	

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 2007 Mes AGT Día 21		ISMAEL EDUARDO CONTRERAS PRINCIPLE	
		Nombre y firma	

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

