

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1026252721	TATIANA ALEJANDRA DUARTE VARGAS		Calle 93 # 20-40 Sur T2 Ap707 Ibagué, Tolima	3133515138	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	05/11/2025	90831831	\$534.100	

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	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	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	9.700	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.100	534.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026252721	TATIANA ALEJANDRA DUARTE VARGAS		Calle 93 # 20-40 Sur T2 Ap707 Ibagué, Tolima	3133515138	tatisaleja@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	05/11/2025	90831831	10
					TOTAL A PAGAR
					\$534.100

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	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	1026252721	DUARTE VARGAS TATIANA ALEJANDRA				59	0			N																		230301	1.839.804	294.400	0	0		0	0	EPS005	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 17 de noviembre 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:

TI	1016601732	Maria Paula Amaya Duarte	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,

Tatiana Duarte
cc. 1026 252.721

TATIANA ALEJANDRA DUARTE VARGAS
C.C. 1026252721

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1016601732

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

54369275

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text" value="05"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text" value="1005"/>
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía						
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA *****						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
AMAYA *****		DUARTE *****	
Nombre(s)			
MARIA PAULA *****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año <input type="text" value="2014"/>	Mes <input type="text" value="A B R"/> Día <input type="text" value="01"/>	FEMENINO	B
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)			
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA D.C. *****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12736190-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
DUARTE VARGAS TATIANA ALEJANDRA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1026252721 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
AMAYA ARCILA CRISTHIAN CAMILO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1030603134 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
AMAYA ARCILA CRISTHIAN CAMILO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1030603134 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 <input type="text" value="2014"/> Mes <input type="text" value="A B R"/> Día <input type="text" value="02"/>	ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO

ESPACIO PARA NOTAS	
LV. 365 F. 26 NOTARIA 5a BOGOTA, D.C.	
ESPACIO EN BLANCO NOTARIA 5a	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1016601732

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 54369275
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 05 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 10 0 5
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA *****

Datos del inscrito

Primer Apellido AMAYA ***** Segundo Apellido DUARTE *****
Nombre(s) MARIA PAULA *****
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 4 Mes A B R Día 0 1 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo B Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 12736190-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos DUARTE VARGAS TATIANA ALEJANDRA *****
Documento de Identificación (Clase y número) C.C. No. 1026252721 DE BOGOTA D.C. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos AMAYA ARCILA CRISTHIAN CAMILO *****
Documento de Identificación (Clase y número) C.C. No. 1030603134 DE BOGOTA D.C. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos AMAYA ARCILA CRISTHIAN CAMILO *****
Documento de Identificación (Clase y número) C.C. No. 1030603134 DE BOGOTA D.C. 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 2 0 1 4 Mes A B R Día 0 2 Nombre y firma del funcionario que autoriza ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO
Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.601.732**

AMAYA DUARTE

APELLIDOS

MARIA PAULA

NOMBRES

Paula Amaya D.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

01-ABR-2014

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

01-ABR-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

31-ENE-2023 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

B+

G S RH

F

SEXO

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01344502-F-1016601732-20230301

0098760135A 2

8507128349