



## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11812023	NÚMERO PLANILLA:	<b>7995904556</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	DHAILLER YAIR CUESTA PALACIOS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 24 B 34 - 17	TELÉFONO:	5048804	DÍAS DE MORA:	11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2013369721
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/16		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.100	\$ 0	\$ 294.400	\$ 2.100	\$ 0	\$ 296.500
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 294.400</b>	<b>\$ 2.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 296.500</b>

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 1.600	\$ 0	\$ 230.000	\$ 1.600	\$ 0	\$ 231.600	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 230.000</b>	<b>\$ 1.600</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 231.600</b>			

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	\$ 9.700	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 9.800	\$ 100	\$ 0	\$ 9.800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 9.700</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 9.800</b>		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																	
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP														
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 11812023	CUESTA PALACIOS DHAILLER YAIR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 4.599.000				NO					01-30											25-14 COLPENSIONES	30	1.839.600	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.839.600	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.839.600	\$ 11812023	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 537.900**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11812023	NÚMERO PLANILLA:	<b>7999457139</b>		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	DHAILLER YAIR CUESTA PALACIOS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	diciembre AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 24 B 34 - 17	TELÉFONO:	5048804	DÍAS DE MORA:	0						
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2013785828			
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act								
TIPO EMPRESA:	ÚNICO										
FORMA DE PRESENTACIÓN:											
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO								

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 227.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 227.800</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 178.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 178.000</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 7.500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 7.500</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 11812023	CUESTA PALACIOS DHAILLER YAIR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 4.599.000				NO						01-30										25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

**TOTAL PAGADO: \$ 413.300**



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Diciembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

**T.I.                      1034995228                      VALERY MASSIEL CUESTA IBARGUEN                      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: Dhailier\_Yair\_Cuesta\_Palacios

C.C. 11812023

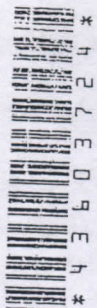


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP: 1034995223

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo: 4 3603724  
Serial



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Legislatura <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 20	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código 015
--------------------------------------	---	-----------	------------------------------------	--	--	------------

Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido CUESTA	Segundo Apellido IBARGUEN
Nombre(s) VALERY MASSIEL	

Fecha de nacimiento Mo 2009 Mes OCT Dia 07	Sexo (en letras) FEMENIN	Grupo sanguíneo	Factor RH
---	-----------------------------	-----------------	-----------

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

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 51811253 - 1
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos IBARGUEN PEREA EMILCE ELENA	Nacionalidad COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 35.602.853	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CUESTA PALACIOS DHAILEER YAIR	Nacionalidad COLOMBIANO
Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 11.812.023	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CUESTA PALACIOS DHAILEER YAIR	Firma <i>X Dhaileer yair cuesta p.</i>
Documento de identificación (Clase y número) C.C.# 11.812.023	

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)	

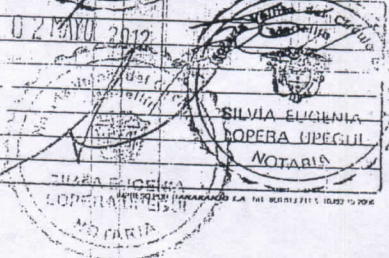
Fecha de inscripción Mo 2009 Mes OCT Dia 14	Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>Silvia Eugenia Ropera Upegui</i>
--	--

Reconocimiento paterno <i>Dhaileer yair cuesta p.</i>	Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento <i>Silvia Eugenia Ropera Upegui</i>
--	--

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 33/09 FOLIO 71

02 MAYO 2012



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Versión: 05

Código:  
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Dhailler Yair Cuesta Palacios

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD BOGOTÁ FECHA 23-dic-25 REGIONAL DISTRITO CAPITAL 11.812.023

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TICS - CGMLTI - CL 52 # 13 65

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: 7905142 DE 2025

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO  CESIÓN  LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO  TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	<input type="checkbox"/>	DARWIN BOLIVAR	<i>[Signature]</i>
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/>	NORBERTO MORENO	<i>NORBERTO MORENO</i>
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	<input type="checkbox"/>	VIVIANA DEL MAR ARANDA GUERRERO	<i>VIVIANA ARANDA G.</i>
ALMACÉN E INVENTARIOS	<input type="checkbox"/>	Generar reporte de <a href="https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx">https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx</a> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	<input type="checkbox"/>	JORGE FERNEY VILLAMIL	<i>[Signature]</i>
CONTABILIDAD	<input type="checkbox"/>	LUZ KARINA LOPEZ	<i>[Signature]</i> 12:36pm 12-DIC-25
TESORERIA	<input type="checkbox"/>	DIANA CARMONA	<i>[Signature]</i>
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	<input type="checkbox"/>	VIVIANA DEL MAR ARANDA GUERRERO	<i>VIVIANA ARANDA G.</i>
BIBLIOTECA <i>OK Diana Lopez</i>	<input type="checkbox"/>	ALEXANDRA VENEGAS	<i>[Signature]</i> 16-12-2025
OTRO	<input type="checkbox"/>		
OTRO	<input type="checkbox"/>		
SUPERVISOR DE CONTRATO	<input type="checkbox"/>	VIVIANA DEL MAR ARANDA GUERRERO	<i>VIVIANA ARANDA G.</i>

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS:

*Dhailler Yair Cuesta Palacios*

Firma del Contratista