

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	20916691	MARBI MAVEL ULLOA MARTINEZ		Calle 17 # 11-59 sur	3212000441	ulloamartin23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	GUADUAS	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74745281	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$560.000	

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	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	303.300	0	0	0	0	0	0		303.300	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	19.800				19.800	0	0	19.800			198	19.800	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	236.900	236.900
Pensión	1	303.300	303.300
Riesgos Laborales	1	19.800	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	560.000	560.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	20916691	MARBI MAVEL ULLOA MARTINEZ		Calle 17 # 11-59 sur	3212000441	ulloamartin23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	GUADUAS	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74745281	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$560.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	USP	SP	SLA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 20916691	ULLOA MARTINEZ MARBI MAVEL	59	0		N																	231001	1.895.200	30	303.300	0	0	0	0	EPS005	1.895.200	30	236.900	14-23	1.895.200	30	2	19.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villeta, 14 de abril de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Villeta Cundinamarca

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 párrafo 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.	1.130.484.503	ANA GABRIELA ACOSTA ULLOA	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: Marbi Mavel Ulloa Martínez
C.C.20.916.691 de Sasaima

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 35981934

NUIP 1130484503

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Z 9 X									
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía COLOMBIA CUNDINAMARCA SASAIMA XXXXXXXX									
Datos del inscrito Primer Apellido ACOSTA Segundo Apellido ULLOA Nombre(s) ANA GABRIELA Fecha de nacimiento 2020 JUN 16 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA FACATATIVA XXXX									
Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 15794831 - 0									
Datos de la madre Apellidos y nombres completos ULLOA MARTINEZ MARBI HAVEL Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 20916691- DE SASAIMA Nacionalidad COLOMBIANA									
Datos del padre Apellidos y nombres completos ACOSTA GOMEZ WILLIAN ANTONIO Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 80243910 DE BOGOTA D.C. Nacionalidad COLOMBIANA									
Datos del declarante Apellidos y nombres completos ACOSTA GOMEZ WILLIAN ANTONIO Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 80243910 DE BOGOTA D.C. Firma 									
Datos primer testigo Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Documento de identificación (Clase y número) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Firma XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
Datos segundo testigo Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Documento de identificación (Clase y número) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Firma XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
Fecha de inscripción 2020 JUN 30 Nombre y firma del funcionario que autoriza JULIO CESAR GUERRERO VASQUEZ Nombre y firma									

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO.