SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**39990-190455**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	80.247.194	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	eninov@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24072185407
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9059531/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**47026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación, ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.976
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.162.479

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1080511070**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el presente mes se inició la aplicación de nuevos instructivos, instrumentos, matrices para la formación del programa.

Durante el presente mes se tuvo en cuenta la aplicación del reglamento del aprendiz durante las sesiones de formación realizadas.

Elaboración de actas referentes a inicio de formación para la competencia de SST y Medio Ambiente en los colegios asignados.

Durante el presente mes se ha realizado formación en los colegios José Joaquín Castro Martínez, Alexander Fleming, Liceo San José Orie

Durante el presente mes se realizó planeación de la formación realizando ajustes según corresponda a guías de aprendizaje.

Durante el presente se participó del encuentro presencial para el abordaje y atención de asesorías pedagógicas en los colegios.

Durante el presente mes se brinda apoyo adicional a la formación en temas de contacto a colegios para ofertar la competencia de SST.

Durante el presente mes se ha garantizado el uso correcto de ambientes, equipos y materiales asignados para la formación.

Elaboración informe mensual de ejecución contractual del mes de abril.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.04.20 21:12:53 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-20, 12:54:29 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080511070 **Referencia pago(PIN)** 8823991833

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

Cliente:

PAGADA 2026-04-19 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA				
Documento	CC 80247194	**Dirección**	CR 11 #66 B - 65 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3002546702		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80247194		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					NIÑO VILLALBA EDWIN ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.894.999	230201		16 %	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 1.894.999	$ 236.900	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.894.999	$ 9.900	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 550.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000469925

Régimen : RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 10/02/2024 13:21:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA **C.C** 80247194

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** CONTRATISTA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑ NO ☐
Visiometría	☐	Glic ☑ Col ☑ Trigli ☑ Otros ☑	
Optometría	☑	**¿Cuáles?** PERFIL LIPIDICO	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ENFASIS CARDIOVASCULAR - MUSCULOESQUELETICO - PSICOSOCIAL

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS ANUAL/ USO DE LENTES VISION CERCANA
USO DE MEDIAS ANTIVARICE / HIGIENE POSTURAL
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
SE SUGIERE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRES, MANEJO DE DEL TIEMPO Y SST DE LA EMPRESA
SE SUGIEER AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Powered by CamScanner

Régimen RÉGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 10/02/2024 13:21:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA C.C 80247194

EDAD 40 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR CONTRATISTA



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura biométrica

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX. 2784705 FAX. 2392301Fax
E-mail: clinsurips@clinsurips.com - https://www.clinsurips.com

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 10/02/2024 12:11:00

Doc. Identidad **CC 80247194** Nombre **EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA** Fecha Nacimiento. **11/10/1983**
Entidad **PARTICULAR** Edad **40** Ocupación **CONTRATISTA**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual	Usa anteojos: Si [ ] No [ ]	V.L. [ ]	V.P. [ ]	PC [ ]	Bifocal [ ]	Progresivo [ ]	Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ]	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]						
Cirugías Si [ ] No [ ] Cuál?							
Accidentes oculares Si [ ] No [ ] Cuál?							
Signos y síntomas: Asintomático [ ]	Disminución visual de cerca [ ]	Disminución visual de lejos [ ]	Cefaleas [ ]	Resequedad ocular [ ]			
Ardor ocular [ ]	Lagrimeo [ ]	Cansancio ocular [ ]	Irritación [ ]	Fotofobia [ ]	Prurito ocular [ ]	Salto de renglón [ ]	
Antececentes personales y/o familiares	Trae corrección óptica [ ]						

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.					20/20	20/30
O.I.					20/20	20/30

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior:	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]	Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ]
	Pterigio T [ ] Pinguécula [X] Nevus [ ] Blefaratis [ ]	Pterigio T [ ] Pinguécula [X] Nevus [ ] Blefaratis [ ]
	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]	Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ]
	Ptosis palpebral [ ] Otros:	Ptosis palpebral [ ] Otros:

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones PPC **4 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]	F.O.A.N. [ ] Papila normal [X] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ]
	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]	Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **N**	O.D: **40 DE ARCO**	O.D:
O.I: **N**	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	N	-		+1.00
O.I:	N	-		+1.00

Refracción final **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:		-		+	20/20	20/20
O.I:		-		+	20/20	20/20

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[X]	[X]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

h524 PRESBICIA
h111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [X] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:**

Sindy Paola Rodriguez Suarez
C.C. 1022340733
OPTOMETRA
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

SINDY PAOLA RODRIGUEZ SUAREZ
Especialidad:
CC: 1022340733 RM:

Powered by CamScanner

Informe valoración psicológica – psicosocial

Fecha:10 de febrero de 2024	Empresa: Particular	Cargo: Contratista
Nombre: Edwin Alberto Niño Villalba	CC: 80247194	Edad: 40 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Condiciones Extralaborales				X	
Condiciones Intralaborales				X	
Sintomatología asociada al estrés				X	

Valoración del riesgo

Sin riesgo, No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.	
Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible. salud. (Se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés, manejo del tiempo y SST que tenga la compañía)	X
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la	
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Esp. Psicología Ocupacional
Y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Avila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

Dircc: CALLE 27 SUR No 19-07 Tel : 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 10/02/2024 11:19:55

Fecha 10/02/2024 09:38:00

Doc: **80247194** Nombre : **EDWIN ALBERTO NIÑO VILLALBA** Edad : **40 Años** Sexo : **M**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia		
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	157		200	mg/dl
COLESTEROL HDL	52.4		65	mg/dl
COLESTEROL LDL	88.6		150	mg/dl
TRIGICERIDOS	80		200	mg/dl

Angie Paola Garcia Vargas
Bacterióloga y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

ANGIE PAOLA GARCIA VARGAS
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1014292396 RM:

GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	78	70	110	mg/dL

Angie Paola Garcia Vargas
Bacterióloga y Laboratista Clínico
C.C. 1014292396

ANGIE PAOLA GARCIA VARGAS
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1014292396 RM:

Powered by CamScanner

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 2 de febrero de 2026

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:

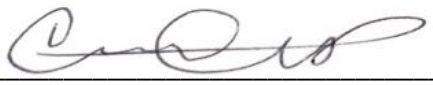
T.I.	**1140927391**	**Juan Manuel Niño Acevedo**	**HIJO**

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: Edwin Alberto Niño Villalba
C.C. 80.247.194

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.140.927.391**

NIÑO ACEVEDO

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES

Juan Manuel N.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

30-ABR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

13-MAY-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01278272-M-1140927391-20220126 **0077**82919A 1 9918404696