

[illegible]



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-07, 04:06:51 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: abril de 2026

Numéro Planilla: 1081850890

Referencia pago (PIN): 8824116061

Período Servicio: abril de 2026

Periodo Cotización: abril de 2026

PAGADO 06/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA ANDREA FERNANDEZ SOLARTE
Documento	CC34610327
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	CALI
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades										Pensiones				Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales				Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RE	T	P	T	P	T	P	V	A	P	V	C	CF	D	A	P	D	A	P	Administradora	IBC Salud	Aporte Pensión	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	CC	34610327			PAULA ANDREA FERNANDEZ SOLARTE	59	00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 303.200	\$ 236.900	\$ 19.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 559.900	\$ 0	\$ 559.900



PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública ☐	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 18 de febrero de 2015

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Cali

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.	1.232.806.574	Maria Antonia Villaquiran Fernández	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,

Nombre: Paula Andrea Fernández Solarte

C.C. 34.610.327



REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59805348

NUIP 1.232.806.574

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 09 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T 2 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía
NOTARIA 9 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLAQUIRAN Segundo Apellido FERNANDEZ
Nombre(s) MARIA ANTONIA

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes OCT Día 20 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)
COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 14916823-2

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parajes del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos FERNANDEZ SOLARTE PAULA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número) CC 34.610.327 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parajes del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos VILLAQUIRAN BURBANO CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC 10.496.520 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante Apellidos y nombres completos VILLAQUIRAN BURBANO CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC 10.496.520 Firma Carlos A. Villaguiran

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 2018 Mes OCT Día 24 Nombre y firma del funcionario que autoriza MIRYAN PATRICIA BARONA MUÑOZ NO

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento Carlos A. Villaguiran

24.OCT.2018 LIBRO DE VARIOS FOLIO 168 TOMO 155/2018

MIRYAN PATRICIA BARONA MUÑOZ

NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI

THOMAS GREG & SONS

LA SUSCRITA NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI,
CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A
SOLICITUD DEL INTERESADO PARA FINES LEGALES.

25 OCT 2018

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

MIRYAN PATRICIA BARONA MUÑOZ
NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.232.806.574**
VILLAQUIRAN FERNANDEZ

APELLIDOS
MARIA ANTONIA

NOMBRES

Maria Antonia v.f.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-2018**
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
20-OCT-2036

FECHA DE VENCIMIENTO
10-NOV-2025 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **F**
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO



P-3100100-01533253-F-1232806574-20251113

0148763784H 4

8517170690