



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |                      |              |                               |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  | DIRECCIÓN            | TELÉFONO     | CORREO                        | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 52836676          | BEATRIZ ADRIANA VILLAMIL MARTINEZ | CARRERA 98 B N 14 06 | 3185574452   | adriana.martin_25@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO               | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO            |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                   |                      | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.                  |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 74231935        | 05/05/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$0                       | \$550.000          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 236.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 236.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |  | 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 |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 303.200                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 303.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |  | 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 |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|--|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria |  | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.900                  |  |                  |       |                        | 9.900                 | 0         | 0                     | 9.900               |                            |                     | 99                | 9.900         | 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                              | 303.200                             | 303.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.900                               | 9.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 550.000                             | 550.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52836676          | BEATRIZ ADRIANA VILLAMIL MARTINEZ |        | CARRERA 98 B N 14 06 | 3185574452         | adriana.martin_25@hotmail.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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 74231935        | 05/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$0                      | \$550.000          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                                   |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |            | SALUD    |           |      | RIESGOS LABORALES |                     |                      |                                | CCF                             |          |           |      | PARAFISCALES           |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|-------------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres               | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VGP | VEN | SEN | ICE     | LVA | 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 52836676                     | VILLAMIL MARTINEZ BEATRIZ ADRIANA | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 25-14    | 1.895.000 | 30   | 303.200           | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.895.000 | 30   | 236.900                | 14-23    | 1.895.000 | 30   | 1               | 9.900      |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |



**Comprobante en línea**  
Pago PSE

5 May 2026 14:49



**Pago exitoso**  
CUS 282817663

Comercio  
**COMPENSAR-OI**

Referencia 1  
**186.86.33.53**

Fecha  
**5 May 2026 14:49**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**74231935**

Referencia 3  
**52836676**

Descripción del pago  
**MiPlanillacom Pago Proteccion Social**

Valor del Pago  
**\$550.000**

Número de comprobante  
**TR260505144933jXiM4j**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Producto**  
**\*\*\*\* 3338**



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

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 | 1147488981 | Thomas Alejandro Puerta Villamil | 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,

BEATRIZ ADRIANA VILLAMIL MARTINEZ  
C.C. 52836676

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



**REGISTRO CIVIL** Indicativo **43809624**  
**DE NACIMIENTO** Serial

**NUIP** 1147488981

|                                                                           |                                     |        |                          |                          |                          |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|-------|
| Datos de la oficina de registro - Clase de oficina                        |                                     |        |                          |                          |                          |        |       |
| Registraduría                                                             | Notaría                             | Número | Consulado                | Corregimiento            | Inspección de Policía    | Código | D V O |
| <input type="checkbox"/>                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | 75     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        |       |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía |                                     |        |                          |                          |                          |        |       |

\*\*\*COLOMBIA\*\*\* CUNDINAMARCA \*\*\* BOGOTA \*\*\* NOTARIA 75\*\*\*\*\*

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Datos del inscrito    |                  |
| Primer Apellido       | Segundo Apellido |
| PUERTA*****           | VILLAMIL*****    |
| Nombre(s)             |                  |
| THOMAS ALEJANDRO***** |                  |

|                         |                  |                 |           |
|-------------------------|------------------|-----------------|-----------|
| Fecha de nacimiento     | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
| Año 2014 Mes JUL Día 08 | MASCULINO        | O               | POSITIVO  |

|                                                                                      |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) |  |  |  |
| *****COLOMBIA***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA D.C.*****                               |  |  |  |

|                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO*****                         | 12795981-7*****                   |

|                                        |  |
|----------------------------------------|--|
| Datos de la madre                      |  |
| Apellidos y nombres completos          |  |
| VILLAMIL MARTINEZ BEATRIZ ADRIANA***** |  |

|                                              |                 |
|----------------------------------------------|-----------------|
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad    |
| C.C. No. 52.836.676 DE BOGOTÁ D.C*****       | COLOMBIANA***** |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Datos del padre               |  |
| Apellidos y nombres completos |  |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO***** |  |

|                                              |                 |
|----------------------------------------------|-----------------|
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad    |
| C.C. No. 79.055.472 DE BOGOTÁ D.C*****       | COLOMBIANA***** |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Datos del declarante          |  |
| Apellidos y nombres completos |  |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO***** |  |

|                                              |       |
|----------------------------------------------|-------|
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
| C.C. No. 79.055.472 DE BOGOTÁ 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    |                                             |
| Año 2014 Mes JUL Día 14 | Nombre y firma del funcionario que autoriza |

|                                                                     |                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|
| Reconocimiento paterno                                              |                |
| Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento | Nombre y firma |

|                                                                     |                                 |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento | Nombre y firma                  |
| RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ                                     | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ESPACIO PARA NOTAS                                                                                                                                                   |  |
| BEATRIZ ADRIANA VILLAMIL MARTINEZ CC. 52.836.676 DE BOGOTÁ D.C., ACEPTA EL RECONOCIMIENTO DEL INSCRITO POR PARTE DE LUIS ALBERTO PUERTA LEON: LV T 1 F 160 - Abnancé |  |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| Firma                    |                                 |
| PUERTA LEON LUIS ALBERTO | RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ |

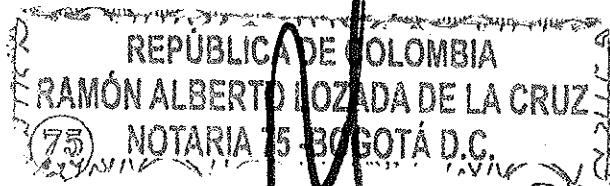
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL  
RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ  
NOTARIA 75 - BOGOTÁ D.C.

COMO NOTARIO SETENTA Y CINCO (75) DE BOGOTÁ D.C., CERTIFICO QUE ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA Y SE EXPIDE A SOLICITUD DEL SEÑOR **LUIS ALBERTO PUERTA LEON** IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO 79.055.472 DE BOGOTÁ D.C EN CALIDAD DE PADRE DEL INSCRITO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

EXPEDIDO EL 14/07/2014

(ARTICULO 115 DECRETO 1260/70)



**RAMÓN ALBERTO LOZADA DE LA CRUZ**

**NOTARIO SETENTA Y CINCO (75) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ**

---

E-mail: NOTARIA75@gmail.com

Dirección Avenida Suba No. 106-52

Teléfono 2716446 / 3208565019

