

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094884664		CASTILLO PALACIO MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 42 # 3s 71 Bellavista	BUENAVENTURA-VALLE	8400000	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	199518053	9502674820	I	2026/04/17	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	\$553,60

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	lga	lma	vac	avp	vct	trl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,873,254	\$299,800			\$1,873,254	\$234,200			\$0	\$0			\$1,873,254	\$19,600			\$0	\$0			\$553,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,873,254	\$299,800			\$1,873,254	\$234,200			\$0	\$0			\$1,873,254	\$19,600			\$0	\$0			\$553,600
Ciudad: BUENAVENTURA Depto: VALLE (1 Afiliados)																									\$1,873,254	\$299,800			\$1,873,254	\$234,200			\$0	\$0			\$1,873,254	\$19,600			\$0	\$0			\$553,600
1	CC	1094884664	CASTILLO MAURICIO							X											230301	30	\$1,873,254	\$299,800	EPS005	30	\$1,873,254	\$234,200		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,873,254	1.044%	\$19,600	0	\$0	\$0	No	\$553,600			
Total Afiliados(1)																									\$1,873,254	\$299,800			\$1,873,254	\$234,200			\$0	\$0			\$1,873,254	\$19,600			\$0	\$0			\$553,600

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$299,800	\$0	\$0	\$299,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$299,800	\$0	\$0	\$299,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,600	\$0	\$0	\$19,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$19,600	\$0	\$0	\$19,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$234,200	\$0	\$0	\$234,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$234,200	\$0	\$0	\$234,200
TOTAL				1	\$553,600	\$0	\$0	\$553,600

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



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 11 Abril 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Ciudad **Buenaventura**

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.	1111571221	HADASSAH CASTILLO OBANDO	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,



1094884664

FIRMA

Nombre: MAURICIO CASTILLO PALACIOS

C.C. 1.094.884.664



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento

	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58460870

NUIP

1111571221

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número

19

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

T

Z

Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA

VALLE DEL CAUCA

SANTIAGO DE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido

CASTILLO

Segundo Apellido

OBANDO

Nombre(s)

HADASSAH

Fecha de nacimiento

Año

2019

Mes

011

Día

12

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

+

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

COLOMBIA

VALLE DEL CAUCA

SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA FARALLONES

Número certificado de nacido vivo

15651346 - 5

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OBANDO GOMEZ MARIA ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C No 1.111.801.975 DE BUENAVENTURA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CASTILLO PALACIOS MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C No 1.094.884.664 DE ARMENTA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTILLO PALACIOS MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C No 1.094.884.664 DE ARMENTA

Firma

J. Castillo

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

2019

Mes

011

Día

20

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROGER DEL CARMEN SANCHEZ MEDINA

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO