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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**45166-662040**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN MAURICIO BELTRAN NEIRA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	18.401.940	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	edwinmauriciobeltran@gmail.com	**Número de Cuenta:**	055013740003679 4
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	8948974/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**10626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación de servicios con el fin de orientar formación profesional de nivel técnico programada por el centro de comercio y turismo regional Quindío, y que correspondan al programa de articulación con la media, teniendo en cuenta las políticas institucionales y la normativa vigente de la Entidad

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:**	$ 45.006.222
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	$ 235.178	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.972.675**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.944.407**	**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		----------	**9501750799**
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		$ 497.268	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 981.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.397.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.944.407,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.737.497,00**	

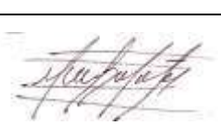
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se participa en la planeación Formación Profesional Integral de los programas relacionados, conforme al currículo, desarrollo curricul
Se aplica la estrategia de enseñanza, de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación establecidas por la entidad, para los progra
En el presente mes se participó en la creación y toma de evidencias. del proceso formativo.
En el presente mes se presentaron las ATP de las instituciones educativas
Para este periodo se verifico la asistencia de los aprendices, en las fichas asignadas en Sofía Plus
En el presente mes se emitieron juicios de inducción a los diferentes programas técnicos asignados
Para este mes se realizaron bitácoras para las fichas asignadas
Se aplica y se hace cumplir los ítems del reglamento del aprendiz
Para este mes se realizó reuniones de seguimiento técnico-pedagógico con los Establecimientos Educativos

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 MAURICIO BELTRAN NEIRA
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,



SEBASTIAN BETANCOURT GALLEGO
INSTRUCTOR G03

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

09/04/26 15:37:17 USUARIO: SIC - C.C. 18401940

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18401940		BELTRAN NEIRA EDWIN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ B CASA 7	CALARCA-QUINDIO	7777777	No

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	192706178	9501750799	I	2026/04/13	2026/04/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0
Ciudad: CALARCA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0
1	CC 18401940	BELTRAN EDWIN	25-14	30	$1,894,999	$303,200	EPS002	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	$9,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18401940		BELTRAN NEIRA EDWIN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ B CASA 7	CALARCA-QUINDIO	7777777	No

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	192706178	9501750799	I	2026/04/13	2026/04/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$550,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				**1**	**$550,000**	**$0**	**$0**	**$550,000**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
192706178

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9501750799

Fecha
03/04/2026

Número de aprobación
00706178

Dirección IP
191.95.146.172

Valor transacción
$ 550.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.95.146.172	CC	18401940

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

Solicitud de Comisión No. 12826

Nombre EDWIN MAURICIO BELTRAN NEIRA **C.C.No.** 18401940

	VALORES A LEGALIZAR	SALDO
Gastos de Manutención	$ 235.178,00	$ -
Gastos de Transporte Comisión	$ 0,00	$ -
Otros gastos	$ -	$ -
Subtotal	$ -	$ -
Menos retefuente	$ -	$ -
Valor Neto a Legalizar	$ 235.178,00	$ -

SALDO A FAVOR $ -

VALOR AREINTEGRAR $ -

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE VIAJE CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

NOMBRE ORDENADOR DEL GASTO: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
CARGO DEL ORDENADOR DEL GASTO: SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

SE SOLICITA Y ORDENA EL SALDO A FAVOR DEL COMISIONADO

NOMBRE ORDENADOR DEL GASTO: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
CARGO DEL ORDENADOR DEL GASTO: SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

OBSERVACIONES:

Juan David Bermudez M

Elaboró: Juan David Bermudez Monsalve

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA:
ARMENIA, 27 de MARZO DE 2026

PRESENTADO A:
Cesar Augusto Ospina Puertas Subdirector Centro de Comercio y Turismo

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
12826	25/03/2026	26/03/2026
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
SENA I.E. LUIA ARANGO CARDONA , I.E. POLICARPA SALAVARRIETA	**Centro de Comercio y Turismo**	**TEBAIDA Y QUIMBAYA**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Brindar formación a los aprendices en el programa de Formación Articulación con la Media en el Técnico Recursos Humanos y Asesoría Comercial

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. 25/03/2026 Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo del programa de articulación con la media Técnico en Recursos Humanos Ficha 346401
2. 26/03/2026 Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo del programa de articulación con la media Técnico en Asesoría Comercial Ficha 3146393

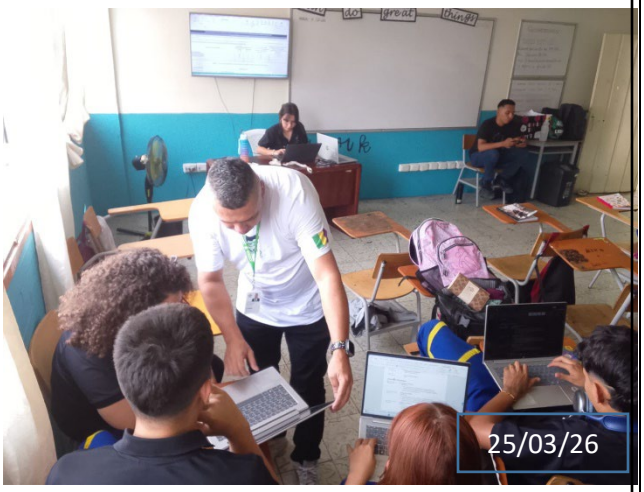
RESULTADOS:

1. 25/03/2026 Diseñar Hoja de Vida con la ficha 346401 del Municipio de Tebaida Institución educativa Luis Arango C.
2. 26/03/2026 Diseñar Material P.O.P con la ficha 3146393 del Municipio de Quimbaya Institución educativa Policarpa Salavarrieta

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Registro fotográfico delas formaciones realizadas.
2. Listado de asistencia
3. 25/03/2026 Ficha 346401 del Municipio de Tebaida Institución educativa Luis Arango C.
4. 26/03/2026 Ficha 3146393 del Municipio de Quimbaya Institución educativa Policarpa Salavarrieta


25/03/26


25/03/26


26/03/26


26/03/26

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1.		
2.		
CONCLUSIÓNES: 1. Ficha 346401 Se cumplió con el objetivo de creación la Hoja de Vida 2. Ficha 3146393 Se realizó material P.O.P para su producto o servicio		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
EDWIN MAURICIO BELTRAN NEIRA		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADEMICO	**SEBASTIAN BETANCOURT GALLEGO**	

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 16 de marzo de 2026	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	12826	**Fecha Solicitud**	2026-03-16	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-03-16	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SUBDIRECCION			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3426	**Dependencia Solicitante**		953811 INTEGRACION CON LA MEDIA	
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-	

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
EDWIN MAURICIO BELTRAN NEIRA	CC: 18401940	CONTRATISTA INSTRUCTOR	Autorizada	2026-03-25	2026-03-25	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / LA TEBAIDA	0,5	No	50	1	4.737.497,00	235.178,00	235.178,00	0,00	235.178,00	Impartir Formación profesional Integra en la Articulación con la media técnica
				2026-03-26	2026-03-26	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / QUIMBAYA	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**235.178,00**	**0,00**	**235.178,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Impartir Formación profesional Integra en la Articulación con la media técnica

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2026/03/16 14:32:08 -05:00

ORDENADOR DEL GASTO

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 16 de marzo de 2026	

Identificacion:	18403004	Nombre:	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO - QUINDIO

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Firma Responsable

Verificado Por:	GINNA PAOLA LOPEZ GORDILLA	Fecha Verificación:	16/03/2026 13:29:00

Firmado digitalmente por:
Nombre: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Cédula de ciudadanía: 18403004
Usuario SIIF: MHcaospina
16/03/2026 2:32:30 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2026-000591
12/02/2026 2:10:31 p. m.
Destinatario: 639538

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

Febrero 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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

Armenia, 01 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.	**1092860810**	**JACOBO BELTRÁN CAMARGO**	**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 MAURICIO BELTRAN NEIRA
C.C. 18401940

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

NUIP 1092860810

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55942645

55942645

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 5011

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BELTRAN	CAMARGO

Nombre(s)

JACOBO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes FEB Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA /QUINDIO/ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13813981-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CAMARGO MARIN PAULA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.097.396.779 CALARCA, QUINDIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BELTRAN NEIRA EDWIN MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 18.401.940 CALARCA, QUINDIO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BELTRAN NEIRA EDWIN MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 18.401.940 CALARCA, QUINDIO	

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 2017 Mes FEB Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE RAMIRO GARCIA LADINO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JOSE RAMIRO GARCIA LADINO

Nombre y firma

V.T- 434-054

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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