



## Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 45563495		SALCEDO GOMEZ MARIA TERESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 54 36 96 APT 1011 TO 1 TERRITORIO MIO	CARTAGENA-BOLIVAR	3163152408	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	320350001	9504214076	I	2026/05/26	2026/05/19	BANCOLOMBIA	\$682,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	pcor	vst	sln	lge	lma	vac	lavp	vct	irt	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	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																																										
1	CC	45563495	SALCEDO MARIA																		23030	30	\$2,200,000	\$352,000	EPS005	30	\$2,200,000	\$275,000	CCF09	30	\$2,200,000	\$44,000	14-23	30	\$2,200,000	0.522%	\$11,500	30	\$0	\$0	No	\$682,500
<b>Total Afiliados (1)</b>																						\$2,200,000	\$352,000		\$2,200,000	\$275,000		\$2,200,000	\$44,000		\$2,200,000	\$11,500	\$0	\$0	\$682,500							

## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,000	\$0	\$0	\$44,000
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	1	\$44,000	\$0	\$0	\$44,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$275,000	\$0	\$0	\$275,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$275,000	\$0	\$0	\$275,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$682,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$682,500</b>



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CARTAGENA, 18 de marzo del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)  
CARTAGENA

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:

<b>RC</b>	<b>1048464696</b>	<b>Derek Manuel Yopez Salcedo</b>	<b>Hijo</b>
-----------	-------------------	-----------------------------------	-------------

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,

MARIA TERESA SALCEDO GOMEZ  
C.C. 45563495



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.048.464.696

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59984157

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría, Notaría, Número, Consulado, Corregimiento, Inspección de Policía, Código, C Z V
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Datos del inscrito
Primer Apellido: YEPEZ
Segundo Apellido: SALCEDO
Nombre(s): DEREK MANUEL
Fecha de nacimiento: 2019 Mes FEB Día 27
Sexo (en letras): Masculino
Grupo sanguíneo: ---
Factor RH: -
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 15312338-5

Datos de la 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: SALCEDO GOMEZ MARIA TERESA
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 45.563.495
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos: YEPEZ YEPEZ SERAFIN ANTONIO
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 11.063.508
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: YEPEZ YEPEZ SERAFIN ANTONIO
Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 11.063.508
Firma: [Firma manuscrita]

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 MAR Día 04
Nombre y firma del funcionario que autoriza: LAURA ISABEL LA RICARDO VASQUEZ(E)
Nombre y firma: [Firma manuscrita]

Reconocimiento paterno: Firma: [Firma manuscrita]
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: LAURA ISABEL LA RICARDO VASQUEZ(E)
Nombre y firma: [Firma manuscrita]

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -