



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 VALLE

CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE

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

Código Regional	76
Código Centro	912610
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	56916-078117

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	SIRLEY VALENCIA MOSQUERA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.111.751.997	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	svalenciam@sena.edu.co	Número de Cuenta:	84289233589
IP/Nº de contacto:	23403	Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
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:	9172390/2026	Nº Compromiso SIF	13326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR PARA DESARROLLAR ACCIONES DE FORMACION INTEGRAL EN LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA DEL PRROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA DEL CNPB VIGENCIA 2026				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 33.162.486
Número de pago	3	Valor Total del Contrato:	\$ 42.637.482		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.498,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 28.424.988

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.498	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.498</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.512.499</b>		

**LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR**

	Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6011103685	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.512.499,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.398,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
	\$		Reteica - 8551 - BUENAVENTURA	16.790,00	0,400%
	\$			0,00	0%
	\$			0,00	0%
	\$			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Pro-UCEVA	23.687,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 262.400		Universidad del Pacifico	0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Pro-Hospital	0,00	1,000%
Dependientes hasta	\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ 205.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 31.031.595	\$ 812.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.624.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.697.021,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL VEINTIUNO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para el área temática del objeto de pago.  
 Gestionar y entregar a la coordinación y al supervisor(a), a más tardar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente 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;  
 Cumplir con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistir a las convocatorias de Registro, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad tiene definido para la Gestión de la Formación Profesional Integral.  
 Participar en diferentes actividades asociadas a la ejecución de la formación Profesional Integral, tales como registro calificado, actividades de acompañamiento y entrega de soportes.  
 Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia de documentos.

**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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

**SIRLEY VALENCIA MOSQUERA  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**HAMILTON MURILLO PORTOCARRERO  
INSTRUCTOR G08**

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  
MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1111751997	NÚMERO PLANILLA:	<b>6011103685</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	SIRLEY VALENCIA MOSQUERA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	DG 3 # 15-25 EL FIRME	TELÉFONO:	VALLE	DÍAS DE MORA:	marzo AÑO 2026		marzo AÑO 2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	2419669	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	202573553
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 280.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 280.200</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 218.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 218.900</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 9.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 9.200</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	\$ 35.100	\$ 0	\$ 35.100								
<b>SUBTOTALES:</b>					<b>\$ 35.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 35.100</b>						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES												PENSIÓN												SEGURIDAD SOCIAL								SALUD				ARP				PARAFISCALES								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 1111751997	VALENCIA MOSQUERA SIRLEY	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.750.905			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	\$ 11175199	\$ 9.200	30	1.750.905	CCF56-COMFENALCO VALLE	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

**TOTAL PAGADO: \$ 543.400**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1111751997	NÚMERO PLANILLA:	<b>6020896833</b>	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	SIRLEY VALENCIA MOSQUERA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	DG 3 # 15-25 EL FIRME	TELÉFONO:	VALLE	DÍAS DE MORA:	marzo AÑO	2026	2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	327240454
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6011103685	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/04/07
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 23.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500	\$ 0	\$ 23.000	\$ 500	\$ 0	\$ 23.500
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 23.000</b>	<b>\$ 500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 23.500</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.000	\$ 0	\$ 400	\$ 0	\$ 18.000	\$ 400	\$ 0	\$ 18.400
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 18.000</b>	<b>\$ 400</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 18.400</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 700	\$ 100	\$ 0	\$ 800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 700</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 800</b>		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	\$ 2.800	\$ 100	\$ 0	\$ 2.900							
<b>SUBTOTALES:</b>					<b>\$ 2.800</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 2.900</b>					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE															
1	CC 1111751997	VALENCIA MOSQUERA SIRLEY	INDEPENDIENTE		\$ 1.750.905				NO						A											25-14 COLPENSIONES	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	\$ 11175199	\$ 9.200	30	1.750.905	CCF56-COMFENALCO VALLE	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															
2	CC 1111751997	VALENCIA MOSQUERA SIRLEY	INDEPENDIENTE		\$ 1.750.905				NO						C 01-30											25-14 COLPENSIONES	30	1.894.999	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS005-SANITAS S.A	30	1.894.999	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.894.999	\$ 11175199	\$ 9.900	30	1.894.999	CCF56-COMFENALCO VALLE	\$ 37.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															
3	CC 1111751997	VALENCIA MOSQUERA SIRLEY	INDEPENDIENTE		\$ 1.750.905				NO						R 01-30											25-14 COLPENSIONES	0	\$ 144.094	\$ 23.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 23.000	EPS005-SANITAS S.A	0	\$ 144.094	\$ 18.000	\$ 0	\$ 18.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	\$ 144.094	\$ 11175199	\$ 700	0	\$ 144.094	CCF56-COMFENALCO VALLE	\$ 2.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															

**TOTAL PAGADO: \$ 45.600**

## **CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Buenaventura, 14 de abril 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:

<b>T.I.</b>	<b>1.106.523.988</b>	<b>CHELSEA NAHIARA CHAVERRA VALENCIA</b>	<b>HIJO</b>
-------------	----------------------	--	-------------

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: SIRLEY VALENCIA MOSQUERA

C.C. 1.111.751.997

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.106.523.988**

**CHAVERRA VALENCIA**

APELLIDOS

**CHELSEA NAHIARA**

NOMBRES

*Chelsea Nahiatá*

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

04-OCT-2018

**CALI  
(VALLE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**04-OCT-2036**

FECHA DE VENCIMIENTO

**A+**

G S RH

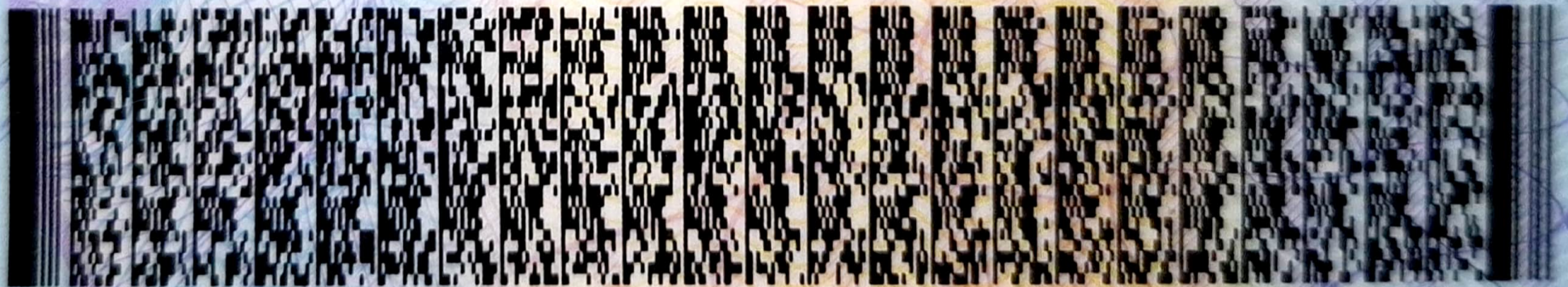
**F**

SEXO

**25-NOV-2025 BUENAVENTURA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



P-3101900-01534362-F-1106523988-20251201

0149037496A 1

8517335541