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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **09656-995084** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA | **Banco a consignar:** | BANCO FALABELLA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 80.176.412 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | ivandario84@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 111020331972 |
| **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:** | 9023279/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **16926** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial, |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/06/2026** | **Al** | **30/06/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 30.793.730 |
| **Número de pago** | **5** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.743.718 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 26.056.233 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.737.497** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.785.747** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Junio | Mayo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1082090896** |
| **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 | | $ 473.750 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 928.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.712.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.785.747,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 40.547,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| 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** | **$4.696.950,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROCESO DE CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO ACADEMICO

ACTUALIZACION Y REVISION DE LA INFORMACION EN LAS PLATAFORMAS

COMUNICACION PERMANENTE CON LOS ESTUDIANTES

CLASES MAGISTRALES CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS COMPETENCIAS

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE ENTREGABLES DE LOS GRUPOS

ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LOS GRUPOS

PLANEACION DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COMPETENCIAS PLANTEADAS

PARTICIPACION EN LAS REUNIONES DE LA COORDINACION ACADEMICA

SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DADAS POR LA COORDINACION ACADEMICA

**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

**IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA**
**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,

Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha:2026.06.18 09:29:14 -05'00'

**NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO**
**INSTRUCTOR G17**

**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**
**MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

17/06/26 10:51:02 USUARIO: SIC - C.C. 80176412

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-06-12, 02:01:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082090896

**Periodo Cotización:** mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823993477

**PAGADO 12/06/2026**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA | | |
| **Documento** | CC80176412 | **Dirección** | CR 90A #8 A - 68 INT 4 AP 815 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3228011348 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 80176412 | IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.895.000 | $ 303.200 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.895.000 | $ 236.900 | 0,522 | $ 1.895.000 | $ 9.900 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 550.000 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.895.000 | $ 1.895.000 | $ 1.895.000 | $ 0 | $ 303.200 | $ 236.900 | $ 9.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 550.000 | $ 3.700 | $ 553.700 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

NÚMERO
0000531035

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

## CERTIFICADO LABORAL



EMPRESA: PARTICULAR FECHA 25/01/2025 08:03:07

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA C.C 80175412

EDAD 40 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR INSTRUCTOR

**EXÁMENES PRACTICADOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Evaluación médico ocupacional | ☑ | Exámenes de laboratorio | SI ☑ NO ☐ |
| Visiometría | ☑ | Glic ☑ Col ☐ | Trigli ☐ Otros ☐ |
| Optometría | ☐ | ¿Cuáles? | |
| Audiometría | ☐ | | |
| Espirometría | ☐ | Énfasis Osteomuscular | ☑ |
| | | Otros | ☐ |

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

ENFASIS MUSCULOESQUELETICO
VALORACION PSICOSOCIAL

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

**CONCEPTO**

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

| | SI | NO | NA |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS | ☐ | ☐ | ☑ |
| RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS | ☐ | ☐ | ☑ |

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ CONTROL ADECUADO DEL PESO CORPORAL - NUTRICION EPS / MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA/SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR

**EXÁMENES DE EGRESO**

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Pablo E. Salinas E.
Pablo E. Salinas
Medico Especialista
Salud Laboral
CC 1071...
LSO 3395-2020

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No. 19-67 PBX: 2784703 FAX: 2912361Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Clinisur IPS Ltda

**CLINISUR IPS 1 LTDA**
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

## VISIOMETRÍA

Fecha examen: **25/01/2025**

Doc. Identidad: **CC 80176412** Nombre: **IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA** Fecha Nacimiento: **13/02/1964**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **40 años** Ocupación: **INSTRUCTOR**
H.C No. Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa: OCUPACIONAL Cargo: INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión: EPS: E.P.S. SANITAS S.A. ARL:

### ANAMNESIS

Ultimo Examen Visual: Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO ( ) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares: SI ( ) NO ( ) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares:

### AGUDEZA VISUAL

| | CC | VL | VP | SC | VL | VP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | | 20/20 | 20/20 |
| OI | | | | | 20/20 | 20/20 |
| AO | | | | | | |

### LENSOMETRIA

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| OD | | | * | |
| OI | | | * | |

### EXAMEN EXTERNO

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival | (X) | |
| Pterigio N | ( ) | (X) |
| Pterigio T | ( ) | ( ) |
| Pinguécula | ( ) | (X) |
| Nevus | ( ) | ( ) |
| Blefaritis | ( ) | ( ) |
| Blefaritis seborreica | ( ) | ( ) |
| Secreción | ( ) | ( ) |
| Leucoma Corneal | ( ) | ( ) |
| Ptosis palpebral | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

### MOTILIDAD OCULAR

VL: ORTHO VP: ORTHO HISHBERG: CENTRADO
Ducciones: N Versiones: N PPC: 4CMS

### INTERPRETACION

| | OD | OI |
|---|---|---|
| No requiere corrección óptica | (X) | (X) |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | ( ) | ( ) |
| Defecto refractivo no corregido | ( ) | ( ) |
| Gafas no formuladas | ( ) | ( ) |

### TEST OCUPACIONALES

| | Visión cromatica | Vis. profun. | Vis. confron. |
|---|---|---|---|
| OD | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | 40 ARCO | |
| OI | Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( ) | | |

### IMPRESION DIAGNOSTICA

| | OD | OI |
|---|---|---|
| Emetropía | (X) | (X) |
| Ametropía | ( ) | ( ) |
| Disminución visual | ( ) | ( ) |
| Otros: | | |

### RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

### RETINOSCOPIA

Refracción:

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|---|---|---|---|
| OD | | | |
| OI | | | |

Subjetivo: DP:

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | ADD |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | | | | | |
| OI | | | | | |

### DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

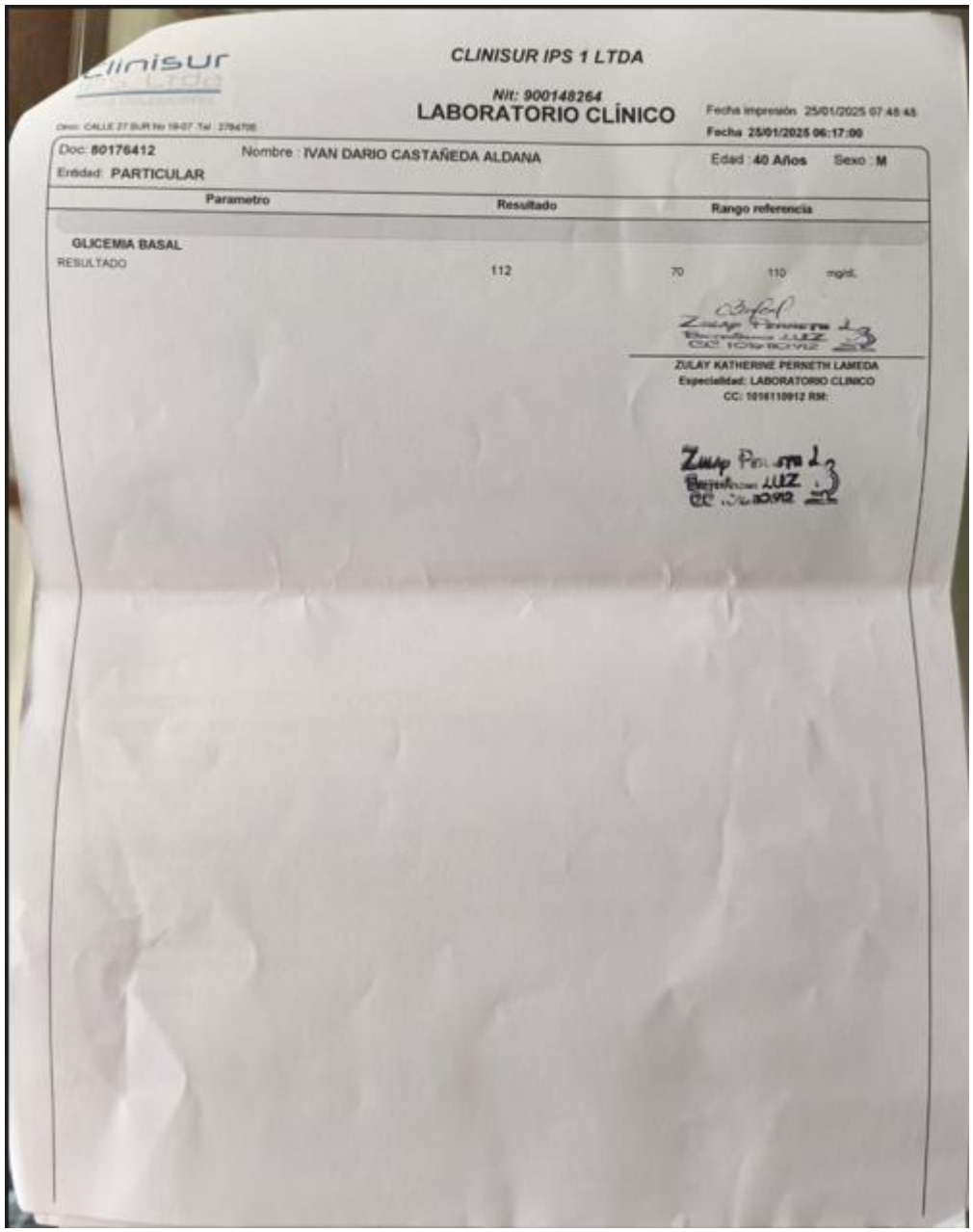
### CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES:

OBSERVACIONES:

Optometrista



CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 25/01/2025 07:48:45

Fecha 25/01/2025 06:17:00

Doc: 80176412 Nombre : IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA Edad : 40 Años Sexo : M

Entidad: PARTICULAR

| Parametro | Resultado | Rango referencia | | |
|---|---|---|---|---|
| **GLICEMIA BASAL** | | | | |
| RESULTADO | 112 | 70 | 110 | mg/dL |

ZULAY KATHERINE PERNETH LAMEDA
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1016110912 RM:

Clinisur IPS Ltda.
Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

# Informe valoración psicológica – psicosocial

| | | |
|---|---|---|
| Fecha: 25 de enero de 2025 | Empresa: Particular | Cargo: Instructor |
| Nombre: Iván Darío Castañeda Aldana | CC: 80176412 | Edad:40 años |

## Condiciones evaluadas

| | Riesgo muy alto | Riesgo alto | Riesgo medio | Riesgo Bajo | Sin riesgo |
|---|---|---|---|---|---|
| Manifestación psicosomática | | | | X | |
| Condiciones Extralaborales | | | | X | |
| Sintomatología asociada al estrés | | | | X | |

## Valoración del riesgo

| | |
|---|---|
| *Sin riesgo.* No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción. | |
| *Riesgo bajo*, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés y SST que tenga la compañía) | X |
| Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud | |
| *Riesgo alto o muy alto* nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica. | |

Daniela Estefanía Gómez Avila
Esp. Psicología Ocupacional y Organizacional
Resolución No. 13384 de 15/11/2017

Daniela Gómez Avila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| C.C. | 20926556 | INGRIDT MONICA ALDANA ROLDAN | Madre |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 certificados por Medicina Legal.

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,



IVAN DARIO CASTAÑEDA ALDANA
C.C. 80176412

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.926.556**

**ALDANA ROLDAN**

APELLIDOS

**INGRIDT MONICA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ENE-1966**

**SOACHA**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**21-MAY-1984 SILVANIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1513200-00192098-F-0020926556-20091030 **00175**73396A 1 28851677

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL