

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 87100132		TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 44 A 30 77 Pl 2	POPAYAN-CAUCA	8209800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-05	2024-05	376710789	9505127061	1	2026/06/09	2026/06/09	BANCOLOMBIA	\$615,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
					\$2,121,800	\$339,500						\$0	\$0										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,121,800	\$339,500						\$0	\$0										
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)																							
					\$2,121,800	\$339,500						\$0	\$0										
1	CC 87100132	TREJO OMAR	25-14	30	\$2,121,800	\$339,500	EPS005	30	\$2,121,800	\$265,300		0	\$0	\$0		14-23	30	\$2,121,800	\$11,100	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,121,800	\$339,500						\$0	\$0										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 87100132		TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 44 A 30 77 PI 2	POPAYAN-CAUCA	8209800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	376710789	9505127061	I	2026/06/09	2026/06/09	BANCOLOMBIA	\$615,900

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$339,500	\$0	\$0	\$339,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$339,500	\$0	\$0	\$339,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$265,300	\$0	\$0	\$265,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$265,300	\$0	\$0	\$265,300
TOTAL				1	\$615,900	\$0	\$0	\$615,900



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, junio de 2026

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTA

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.	1871599	Guillermo Alonso Trejo Bolaños	PADRE
------	---------	--------------------------------	-------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean 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,

FIRMA

Nombre: OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ
C.C. 87100132

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.871.599**

TREJO BOLAÑOS
APELLIDOS

GUILLERMO ALONSO
NOMBRES

Guillermo Alonso Trejo Bolaños
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-SEP-1937**

PUPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

03-FEB-1959 PUIPALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-2306700-53144272-M-0001871599-20060324

0271606083A 02 195715693

NOTARIO SEGUNDO DE IPIALES, HAGO CONSTAR QUE EL PRESENTE REGISTRO CIVIL, ES FIEL Y AUTENTICA COPIA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y QUE HE TENIDO A LA VISTA. TOMO 6 FOLIO 3346916.
IPIALES, 05 ABR. 2013



DR. ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO

ORDINALES O CODIGOS DE LOS MESES	ENERO.....01 MAYO.....05 SEPT.....09	FEBRERO.....02 JUNIO.....06 OCTUBRE.....10	MARZO.....03 JULIO.....07 NOV.....11	ABRIL.....04 AGOSTO.....08 DIC.....12
----------------------------------	--	--	--	---

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°
1 Parte básica: 780803
2 Parte compl.: 09782

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): **Notaria Numero Segundo.**
4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: **Ipiales- Nariño.**
5 Código: **4462**

SECCION GENERAL

6 Primer apellido: **TREJO.**
7 Segundo apellido: **NARVAZ.**
8 Nombres: **OMAR ALBEIRO'**

9 Sexo: **masculino-**
10 Masculino Femenino

11 Día: **3**
12 Mes: **Agosto**
13 Año: **1978**

14 País: **Colombia-**
15 Departamento, Int. o Com.: **Nariño.**
16 Municipio: **Ipiales.**

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: **Vereda Tusandala.**
18 Hora: **3P.M.**

19 Documento presentado - Antecedente (cert. médico, Acta parroq, etc.): **certificado médico,**
20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento: **Dr Luis Rodriguez.**
21 N° licencia: **-**

22 Apellidos (de soltera): **NARVAZ.**
23 Nombres: **TULIA EMMA.**
24 Edad (años): **40.-**

25 Identificación (clase y número): **C.C.No-27.240.148 Ipiales.**
26 Nacionalidad: **Colombiano**
27 Profesión u oficio: **hogar, -**

28 Apellidos: **TREJO BOLAÑOS'**
29 Nombres: **Guillermo Alonso.**
30 Edad (años): **40.-**

31 Identificación (clase y número): **C.C.No-1.871.599 Ipiales-**
32 Nacionalidad: **Colombiano**
33 Profesión u oficio: **Agricultor, -**

34 Identificación (clase y número): **C.C.No-1.871.599 Ipiales, -**
35 Firma (autógrafa): *Guillermo Alonso Trejo B.*
36 Dirección postal: **Vereda Tusandala.**
37 Nombre: **Guillermo Alonso Trejo B.**
38 Identificación (clase y número): **-**
39 Firma (autógrafa): *-*

40 Domicilio (Municipio): **-**
41 Nombre: **-**
42 Identificación (clase y número): **-**
43 Firma (autógrafa): *-*

44 Domicilio (Municipio): **-**
45 Nombre: **-**
46 Fecha de inscripción: **4** Día **Agosto** Mes

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

FORMA IP10-0 II-78

HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS
Contadora Pública Titulada T.P. 150008-T
Dirección: Calle 33A # 4-70
Cel. 3103550783 Popayán - Cauca

HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS
C.C. 34.318.197

CONTADORA TITULADA

A solicitud del interesado.

CERTIFICA:

Que el señor **GUILLERMO ALONSO TREJO BOLAÑOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.871.599 de Pupiales (Nariño), depende económicamente de su hijo **OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 87.100.132.

Para constancia se firma en Popayán, a los cinco (5) días del mes de marzo de 2025.

Atentamente,



HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS
C.C. 34.318.197 de Popayán (Cauca)
TP 150008-T