

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018430429	LILIANA MARCELA GALVIS HERNANDEZ	tv 75 no 82 49 int 18	7583236	lilianagalvis.0802@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92908675	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$603.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	258.800	0		0		0	6	1.200	0	260.000	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	331.200		0	0	0	0	6	1.500	0	332.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.900					10.900	6	100	11.000			109	11.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	258.800	260.000
Pensión	1	331.200	332.700
Riesgos Laborales	1	10.900	11.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	600.900	603.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018430429	LILIANA MARCELA GALVIS HERNANDEZ		tv 75 no 82 49 int 18	7583236	lilianagalvis.0802@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92908675	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$603.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1018430429	GALVIS HERNANDEZ LILIANA MARCELA	57	0			N															230301	2.070.000	30	331.200	0	0	0	0	EPS005	2.070.000	30	258.800	14-23	2.070.000	30	1	10.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de julio de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1016959595	VALENTINA MORENO GALVIS	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: Lilliana Marcela Galvis Hernández
C.C.1.018.430.429 de Bogotá D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52069060

NUIP 1016959595



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registratura	Nómina	Número	Consultas	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A 4 H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							
Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
MORENO				GALVIS			
Nombre(s)							
VALENTINA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH	
Año	2012	Mes	06	Día	03	Femenino	A Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos						Número certificado de nacido vivo	
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO						11573315-5	
Datos de la madre							
Apellidos y nombres completos							
GALVIS HERNANDEZ LILIANA MARCELA							
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad	
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1016430429						COLOMBIANA	
Datos del padre							
Apellidos y nombres completos							
MORENO CARRILLO DAVID							
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad	
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1118535426						COLOMBIANO	
Datos del declarante							
Apellidos y nombres completos							
MORENO CARRILLO DAVID							
Documento de identificación (Clase y número)						Firma	
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1118535426							
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				Nombre y firma del funcionario que autoriza			
Año	2012	Mes	06	Día	03	RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ	
				Nombre y firma			

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -