

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



Imagen no disponible

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		13567254		NÚMERO PLANILLA:		7945257584		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		YOPAL		DEPARTAMENTO:		JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
CIUDAD/MUNICIPIO:		02-INDEPENDIENTE		TELÉFONO:		CASANARE		DÍAS DE MORA:		octubre AÑO		2024		octubre AÑO	
DIRECCIÓN:		CALLE 34A N 21A-02 SEGUNDO PISO		CLASE APORTANTE:		6356342		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1050794527	
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	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.300	\$ 0	\$ 280.300
SUBTOTALES:											\$ 280.300	\$ 0	\$ 280.300	

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	VALOR PAGADO		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000		
SUBTOTALES:													\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																										
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP					DÍAS COT	IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN			DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN					TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																								
1	CC 13567254	VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO	INDEPEND		\$ 1.751.412				NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.751.412	\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.751.412	\$ 219.000	\$ 0	\$ 219.000			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0								

TOTAL \$ 499.300



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de noviembre de 2024

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 párrafo 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:

NUIP - NIP	1029657994	Karla Zaharick Villamizar Bohorquez	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: Julio Armando Villamizar Cardona

C.C. 13567254

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.657.994

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51500649

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

VILLAMIZAR

Segundo Apellido

BOHORQUEZ

Nombre(s)

KARLA ZAHARICK

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 1

Mes

O C T

Día

0 9

FEMENINO

A

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

10811602-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BOHORQUEZ EGLA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 33.481.397

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 13.567.254

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 13.567.254

[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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2 0 1 1

Mes

O C T

Día

1 0

JUAN CARLOS POLANIA ALENCAR - REG

Nombre y firma