



| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-08              | 2025-08                          | I             | 10/09/2025               | 89253449        | \$570.900     |     |

| TOTALES SALUD |             |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |             |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 230.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 230.000        | 1             |               |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 294.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 294.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | 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 |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.700                  |                  |       |                        | 9.700                 | 0         | 0                     | 9.700               |                            |                     | 97                | 9.700         | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24         | Compensar Caja | 860066942-7 | 36.800       | 0         | 0                 | 36.800        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 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                              | 230.000                             | 230.000       |
| Pensión                | 1                              | 294.400                             | 294.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 9.700                               | 9.700         |
| CCF                    | 1                              | 36.800                              | 36.800        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 570.900                             | 570.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |                             |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1073669268        | YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO |        | CRA 9 ESTE # 38-23 CASA 227 | 9008468            | sofi12022008@hotmail.com            |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | CUNDINAMARCA                | SOACHA             |                                     |
|                     |                   |                              |        |                             |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |                             |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-08              | 2025-08                           | I             | 10/09/2025               | 89253449        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$570.900     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |              |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|--------------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |          | SALUD     |            |                      | RIESGOS LABORALES    |                                |                                 | CCF      |           |                        | PARAFISCALES |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Sueldo | Excedente | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL     | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1073669268            | FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA | 59        | 0      |           |                  | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 25-14    | 1.840.000 | 294.400    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.840.000 | 230.000                | 14-23        | 1.840.000 | 1               | 9.700      | CCF24      | 1.840.000 | 36.800     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 1 de Febrero del 2025

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:

|    |            |                           |         |
|----|------------|---------------------------|---------|
| TI | 1023398550 | VALENTINA CAINA FERNANDEZ | Hijo(a) |
|----|------------|---------------------------|---------|

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

YENI PAOLA FERNANDEZ

---

YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO  
C.C. 1073669268

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1023398550

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52732122

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 56 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 H

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CAINA

FERNANDEZ

Nombre(s)

VALENTINA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2012

Mes

OCT

Día

14

FEMENINO

0

+

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

11714791-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C.# 1.073.669.268 DE SOACHA-CUNDINAMARCA

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CAINA VARGAS JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C.# 80.832.211 DE BOGOTA

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAINA VARGAS JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C.# 80.832.211 DE BOGOTA

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

OCT

Día

22

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS 185 DEL FOLIO 0405 DE LA NOTARIA 56 DE BOGOTA



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.023.398.550

CAINA FERNANDEZ

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

Valentina Caina

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-2012

BOGOTA D.C  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

14-OCT-2030 O+ F

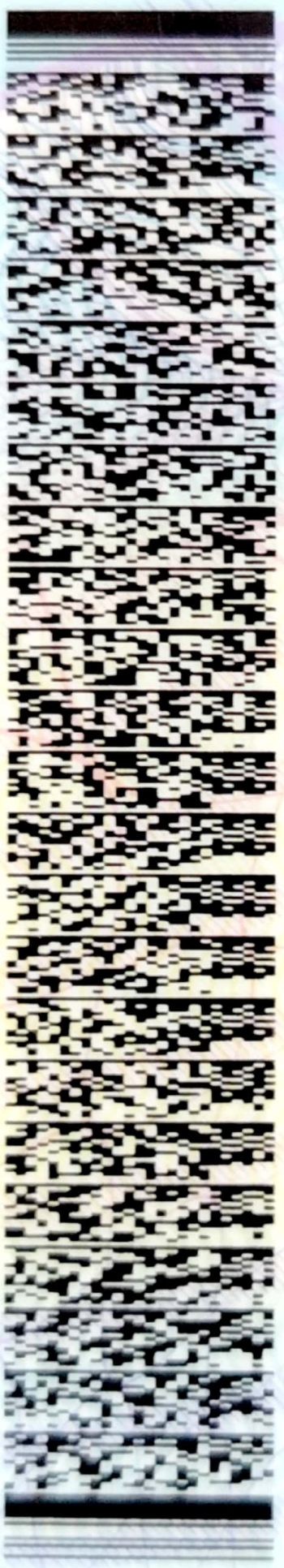
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-NOV-2019 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1524700-011 12958-F-1023398550-20191119 0068999947A 1 1705731309