SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CHOCÓ**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **27** |
| **Código Centro** | **101027** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **61973-727592** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LILIANA CAICEDO RENTERIA | **C.C.** | 35.603.014 | **IP/Nº de contacto** | 3113975512 |
| **Correo electrónico contratista:** | lcaicedor@sena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53645809226

**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)** NO

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 4634132/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **2223** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 47.498.619 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 47.498.619 | **1** | **Del** 22/02/2023 | **Al** 28/02/2023 | **$ 1.055.525,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 46.443.094 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA, CON ÉNFASIS AL DESARROLLO DE INICIATIVAS PRODUCTIVAS DE LA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.055.525 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 1.055.525** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 431.295** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **166961003** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 263.881 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 105.553 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ 325.000 | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 72.068 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 431.295,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 724.925,00 | |
| 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 - 8551 | 1.450,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Pro Utch | 10.555,00 | 1,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$1.043.520,00** | |

**SON: UN MILLÓN CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se trabaja para ejecutar los indicadores establecidos por la Dirección Regional de manera proporcional a lo 22 GTH-F-075 V.07 indicado
Realización de cronograma de entrenamiento
Se está en proceso para lograr cumplir con todas las obligaciones del contrato , ya que solo fueron 7 días del mes para iniciar la ges
Exploración y estudio de la caja de herramienta y formatos compromiso SENA

**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 diligenciados.

**LILIANA CAICEDO RENTERIA**
**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,

**CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**LUIS ENRIQUE MURILLO LOPEZ**
**DIRECTOR REGIONAL C G04**

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

**La EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

## CERTIFICA

Que **Liliana Caicedo Renteria** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **35603014,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 35603014 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Liliana Caicedo Renteria |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 23/01/1977 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/08/2020 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 17 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 17 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/08/2020 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |

EMPLEADOR(ES)*

CEDULA DE CIUDADANIA 35603014 Trabajador Independiente Desde 02/02/2023 - Vigente
N.I.T. 860024041 ALDEAS INFANTILESSOS COLOMBIA Desde 08/08/2022 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 35603014 Trabajador Independiente Desde 01/12/2022 Hasta 31/12/2022
CEDULA DE CIUDADANIA 35603014 LILIANA CAICEDO RENTERIA Desde 01/07/2022 Hasta 30/11/2022
CEDULA DE CIUDADANIA 35603014 Trabajador Independiente Desde 01/08/2020 Hasta 30/06/2022

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.

**INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

Generado por jpvacca 13/02/2023

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO,
NI PARA TRASLADOS**

**La EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

**CERTIFICA**

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | TI 1035001318 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Jalier Mauricio Maturana Caicedo |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| PARENTESCO | Hijo(A) |
| FECHA DE NACIMIENTO | 12/02/2013 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/08/2020 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 17 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO | 17 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/08/2020 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |

Generado por jpvacca 13/02/2023

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO,**
**NI PARA TRASLADOS**

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LILIANA CAICEDO RENTERIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **35603014,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de febrero de 2023.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14745322089

(415)7707212489984(8020) 000001474532208 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 3 5 6 0 3 0 1 4 | 9 | Impuestos y Aduanas de Quibdó | 1 8 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 5 6 0 3 0 1 4 | 1 9 9 5 0 6 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Chocó 2 7 | Quibdó 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAICEDO | RENTERIA | LILIANA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Chocó 2 7 | Quibdó 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 6 33 12 BRR HUAPANGO

42. Correo electrónico: lilicaire@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 6 7 1 2 2 7 1 | 3 1 1 3 9 7 5 5 1 2 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 0 6 0 4 1 2 | 7 0 1 0 | 2 0 1 8 0 3 0 1 | | | 2 3 2 0 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 03 / 21 : 35: 43

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CAICEDO RENTERIA LILIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-02-2023 09:06:24AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

QUIBDO, 27 FEBRERO 2023

Señor(a)

Coordinador(a)

Certifico que el señor(a) LILIANA CAICEDO RENTERIA, identificado con Cedula Ciudadanía Nº 35.603.014, presentó concepto medico ocupacional y los resultados de exámenes requeridos de acuerdo con lo requerido en la Circular 3-2023-000014, para el proceso de contratación, los cuales fueron revisados por Medica de la Regional Chocó.

Atentamente,

Firmado digitalmente por Farith Consuelo Murillo Castaño
Fecha: 2023.02.27 16:00:05 -05'00'

**Farith Consuelo Murillo Castaño**

Médica Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo

Sena Regional Chocó

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
NIT 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

166961003

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia: X — Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente — B. Independiente: X — C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 3

A. AFILIACIÓN

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Cañedo — Segundo Apellido: Renteria — Primer Nombre: Liliana — Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD / RC CC: X PA SC
8. Número del documento de identidad: 35.603.014
9. Sexo: Femenino: X — Masculino
10. Fecha de nacimiento: 23/01/1973

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia: 05
12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 4.523.678
18. Residencia — Dirección: Cr 6 # 33-12 — Teléfono Fijo: 3113775512 — Teléfono Celular: 3113775512 — Correo Electrónico: liliciref@hotmail.com — Municipio / Distrito: Quibdó — Zona: Urbana: X — Rural — Localidad / Comuna — Departamento: Chocó

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD / RC CC PA SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino — Masculino
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

Datos Complementarios

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo | Condición | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Centro Odontológico del Chocó - Nohemy Palacios | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de Identificación: NIT TI CE / CC PA CD
37. Número del documento de Identificación
38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección — Teléfono Fijo — Correo Electrónico — Municipio / Distrito — Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
- 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identidad.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. [X]
- 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- 14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
- 15. Reporte de fallecimiento.
- 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación — Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD / RC CC PA SC — Número del documento de identidad — Sexo: Femenino Masculino — Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha: D D M M A A A A
43. EPS anterior: Sanitas
44. Motivo de traslado — Código
45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

## IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad — CN RC TI CC: X PA CE CD SC — TOTAL
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio — Código del Departamento
67. Datos del SISBÉN — Numero de ficha — Puntaje — Nivel
68. Fecha de Radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de Validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre — Tipo de documento — Numero de documento de identidad
71. Firma del Funcionario

EPS SANITAS
FECHA DE RADICADO 02-02-2023
FECHA DE VIGENCIA
FECHA DE PAGO
HORA
ANA CRISTINA MONTOYA MAZO

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información [illegible] formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 1004027530 Ana Cristina Montoya

Sello de R[illegible]

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 35603014 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA CAICEDO CAICEDO RENTERIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | QUIBDO | DEPARTAMENTO: | CHOCO |
| DIRECCIÓN: | CRA 6 # 33- 12 | TELÉFONO: | 6710940 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4487244490** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/03/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9993588291 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 0 | $ 185.600 | $ 1.600 | $ 187.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 1.600** | **$ 187.200** |

**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 | $ 145.000 | $ 0 | $ 1.300 | $ 0 | $ 145.000 | $ 1.300 | $ 0 | $ 146.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 1.300** | **$ 0** | **$ 146.300** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 100 | $ 0 | $ 6.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 6.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 35603014 | CAICEDO RENTERIA LILIANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.160.000 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | 35603014 | $ 6.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 339.700** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Quibdó, febrero 2023

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 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1035001318** | **JALIER MAURICIO MATURANA CAICEDO** | **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: LILIANA CAICEDO RENTERIA

C.C. 35.603.014

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

NUIP 1.035.001.318

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52740988

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 20 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z L

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

NOTARIA 20 MEDELLIN - COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MATURANA | CAICEDO |

Nombre(s): JALIER MAURICIO

| Fecha de nacimiento: Año | Mes | Día | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| 2013 | FEB | 12 | MASCULINO | | |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 11761965-2 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: CAICEDO RENTERIA LILIANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 35.603.014 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: MATURANA ABADIA JACKSON ECCEHOMO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 11.799.408 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: MATURANA ABADIA JACKSON ECCEHOMO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 11.799.408 | |

*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: Año | Mes | Día | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|---|---|
| 2013 | FEB | 13 | SILVIA EUGENIA LOPERA UPEGUI - NO |

Nombre y firma:

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| JACKSON E MATURANA A | |
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

13.FEB.2013 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 46 FOLIO 162 DE 2013

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.035.001.318**

**MATURANA CAICEDO**

APELLIDOS

**JALIER MAURICIO**

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-FEB-2013**

**MEDELLIN**
**(ANTIOQUIA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**12-FEB-2031**
FECHA DE VENCIMIENTO

**05-OCT-2020 QUIBDO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**AB+** G S RH

**M** SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1700100-01169587-M-1035001318-20201012 **00720**36102A 1 8500736207