

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                         |  |                           |  |                                                   |  |  |  | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |            |  |                           |  |                           |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|--|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | NIT                     |  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  | 899999034                                         |  |  |  | NÚMERO PLANILLA:               |  | 7934988609 |  | TIPO DE PLANILLA:         |  | Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS |  |  |  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |                         |  | S E N A                   |  |                                                   |  |  |  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       |  | MES        |  | julio AÑO                 |  | 2024                      |  |  |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | BOGOTA DISTRITO CAPITAL |  | DEPARTAMENTO:             |  | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                         |  |  |  | DÍAS DE MORA:                  |  |            |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | MES                       |  |  |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CALLE 57 8-69           |  | TELÉFONO:                 |  | 5461600                                           |  |  |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       |  | 2024/07/29 |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 806377807                 |  |  |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 01-EMPLEADOR            |  | CLASE APORTANTE:          |  | A-MAS DE 200 COTIZANTES                           |  |  |  |                                |  |            |  |                           |  |                           |  |  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PUBLICA                 |  | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |  | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |  |  |                                |  |            |  |                           |  |                           |  |  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | SUCURSAL                |  | SUCURSAL / DEPENDENCIA:   |  | 13 - S E N A                                      |  |  |  |                                |  |            |  |                           |  |                           |  |  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                         |  | NO                        |  |                                                   |  |  |  |                                |  |            |  |                           |  |                           |  |  |  |