SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL NARIÑO**

**DESPACHO REGIONAL-APORTES**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **52** |
| **Código Centro** | **101052** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **85804-807226** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.001.054.159 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | yferrin@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 488407200994 |
| **IP/Nº de contacto:** | | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7347116/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **6825** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 12 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS DE SERVICIOS TÉCNICOS PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE RELACIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN DE LA CONSECUCIÓN DEL CONTRATO DE APRENDIZAJE, VIG 2025 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2025** | **Al** | **31/03/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 28.258.770 |
| **Número de pago** | **3** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 31.273.039 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 2.825.877,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 25.432.893 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.825.877 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.014.269 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.840.146** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.012.231** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Marzo | Febrero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **7965118912** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 178.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 227.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 7.500 | $ 7.500 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 455.600 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 356.000 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 15.000 | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 584.015 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 39.341.210 | $ 1.004.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 507.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.012.231,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| Estampilla Prodesarrollo UDENAR | 14.129,00 | 0,500% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.811.748,00** | |

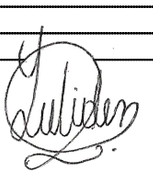
**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar los de servicios técnicos para apoyar el desarrollo de las actividades relacionadas con los procesos de relacionamiento estrat

**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



**YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,



Firmado digitalmente por Omaira del Carmen Inguilan Canacuan
Fecha: 2025.03.25 19:06:23 -05'00'

**OMAIRA DEL CARMEN INGUILAN CANACUAN**
**TECNICO G03**

**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**

**BERNARDO ARTURO CHAMORRO GUEVARA**

**DIRECTOR REGIONAL C G05**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1001054159 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUMACO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO CIUDADELA | TELÉFONO: | 3115439 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7964753851** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2025 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 5 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/03/19 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1348578151 |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 212.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 212.700 | $ 700 | $ 213.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 212.700** | **$ 700** | **$ 213.400** |

**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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 166.200 | $ 0 | $ 600 | $ 0 | $ 166.200 | $ 600 | $ 0 | $ 166.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 166.200** | **$ 600** | **$ 0** | **$ 166.800** |

**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 | $ 32.400 | $ 32.400 | $ 200 | $ 0 | $ 32.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 32.400** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 32.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | 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 | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1001054159 | FERRIN CANTILLO YULIDEN NICOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.424.000 | | | | NO | | 28 | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 28 | $ 1.329.067 | $ 212.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 212.700 | EPS017-FAMISANAR | 28 | $ 1.329.067 | $ 166.200 | $ 0 | $ 166.200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 28 | $ 1.329.067 | 100105415 | $ 32.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 412.800**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1001054159 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUMACO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO CIUDADELA | TELÉFONO: | 3115439 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7964753851** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1348578151 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 213.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 213.400** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 166.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 166.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 32.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 32.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 411.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 1.500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 412.800** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1001054159 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUMACO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO CIUDADELA | TELÉFONO: | 3115439 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7965118912** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 11 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/03/25 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1359985323 | | |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7964753851 | | | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2025/03/19 | | |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 0 | $ 200 | $ 100 | $ 300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 200** | **$ 100** | **$ 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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 100 | $ 0 | $ 200 | $ 100 | $ 0 | $ 300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 200** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 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 | $ 100 | $ 100 | $ 100 | $ 0 | $ 200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | 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 | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1001054159 | FERRIN CANTILLO YULIDEN NICOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.424.000 | | | | NO | | 28 | | | | | A | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 28 | $ 1.329.067 | $ 212.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 212.700 | EPS017-FAMISANAR | 28 | $ 1.329.067 | $ 166.200 | $ 0 | $ 166.200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 28 | $ 1.329.067 | 100105415 | $ 32.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1001054159 | FERRIN CANTILLO YULIDEN NICOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.425.500 | | | | NO | | 28 | | | | | C | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 28 | $ 1.330.467 | $ 212.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 212.900 | EPS017-FAMISANAR | 28 | $ 1.330.467 | $ 166.400 | $ 0 | $ 166.400 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 28 | $ 1.330.467 | 100105415 | $ 32.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1001054159 | FERRIN CANTILLO YULIDEN NICOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.425.500 | | | | NO | | 28 | | | | | R | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 0 | $ 1.400 | $ 200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 200 | EPS017-FAMISANAR | 0 | $ 1.400 | $ 200 | $ 0 | $ 200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 0 | $ 1.400 | 100105415 | $ 100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 800**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1001054159 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUMACO | DEPARTAMENTO: | NARIÑO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO CIUDADELA | TELÉFONO: | 3115439 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7965118912** | | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | febrero |
| | AÑO: | 2025 | | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 11 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/03/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1359985323 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7964753851 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2025/03/19 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 300** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8300035647 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 300** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 800** |



**¡Pago exitoso!**

Hiciste un pago en SOI ACH por $412.800,00
Fecha: El 19 de marzo de 2025
Hora: 4:06 PM

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web: www.nequi.com.co en el botón de "Ayuda" o llama a la línea de atención: (+57) 300 600 0100

---

¿Ya nos sigues en redes? ¡Siempre tenemos cosas nuevas!

Nequi

**CERTIFICA**

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

| | |
|---|---|
| **Datos del COTIZANTE** | |
| **CC 1001054159 YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO** | |
| Estado Cotizante: | **Vigente** |
| Causal: | **TRASLADO EN REGIMEN CONTRIBUTIVO** |
| Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: | **4** |
| Fecha Afiliación: | **01/03/2025** |
| Fecha Último Periodo Cotizado: | |
| Fecha Cancelación: | |

La presente certificación se expide el día 20 de Febrero de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A.**

**- 622 -**

Respetado(a) Señor(a)
**YULIDEN NICOL FERRIN CANTILLO - Q - PQRS-2025-E-075840**
C.C. 1001054159
MNZ 433 LOTE 009 PISO 1
yuliferrcan@hotmail.com
3115439231
Bogotá D.C




Reciba un cordial saludo:

Hemos tenido la oportunidad de recibir su requerimiento radicado en nuestros canales atención el día 12 de febrero de 2025, en referencia a la solicitud de autorización de traslado a Nueva EPS a su nombre, al respecto nos permitimos informarle:

De acuerdo con la revisión del caso se remite su solicitud al área encargada de la institución, quién informó lo siguiente:

*"Cordial Saludo Luego de validado el presente requerimiento, se procede a realizar la marca en el archivo R4 ajustes por el usuario, para cuando otra entidad lo solicite este se vaya aprobado. CC 1001054159 APROBACION se aprueba por unificación EPS037 REVALIDACIONES TAA EPS Famisanar cumpliendo con toda la normalidad establecida en el decreto 780 y todas las normas que la complementan o modifican, efectúa la validación de los traslados y da aprobación y/o negación en los términos normativos estipulados, razón por la cual las negaciones y/o aprobaciones que se envían en el resultado del proceso de traslados de la Resolución 1133 de 2021, por la cual se establecen las reglas generales de operación de las bases de datos de afiliación y reporte de novedades al Sistema Integral de Información del Sector Salud y la Resolución 762 de 2023, para el reporte de traslados y novedades en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA. Es importante informar que la aprobación de traslados está sujeta a la solicitud por parte de la entidad que el usuario hubiese elegido en los procesos de traslados de acuerdo al calendario establecido en la Resolución 1133 de 2021, por la cual se establecen las reglas generales de operación de las bases de datos de afiliación y reporte de novedades al Sistema Integral de Información del Sector Salud y la Resolución 762 de 2023, para el reporte de traslados y novedades en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA."*

Agradecemos que nos haya manifestado su requerimiento al respecto.

Cordialmente,

**Coordinación PQRS**
Gerencia atención en Salud
EPS Famisanar S.A.S.

"Finalmente, cualquier desacuerdo frente a la decisión adoptada por Famisanar, se puede elevar la consulta ante la correspondiente Dirección de salud, sea esta la departamental, Distrital o local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control".
Elaboró: KGuzmán – Auxiliar. PQRS - 17/02/2025