

 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 CAUCA CENTRO AGROPECUARIO-CAUCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		19	
			Código Centro		911310	
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
		ID de Proceso		56281-678001		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		MAURICIO QUINTERO GUTIERREZ		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía		1.061.775.758		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		mquinterogu@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24089958223
IP/N° de contacto:		123		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
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						
N° del contrato:		7410645/2025		N° Compromiso SIIF		24025
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DEL NIVEL TITULADA, COMPLEMENTARIA VIRTUAL Y/O PRESENCIAL DEL CENTRO AGROPECUARIO DE LA REGIONAL CAUCA.				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/12/2025		Al		19/12/2025
Número de pago		11		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 2.913.023
Valor Bruto Pago:		\$ 2.913.023,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.528.280
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.913.023		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.913.023		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.651.021		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Diciembre		Noviembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9495990619		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500		\$ 1.839.804		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retención IVA
ARL		\$ 14.900		\$ 19.300		Reteica - 8299 - POPAYAN
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				
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		\$ 291.302				
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 550.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.710.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$				
						Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$2.907.197,00
SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realizar la planeación de los procesos formativos siguiendo los lineamientos institucionales, para el area tematica objeto del contrato, a traves de las guias de aprendizaje, bitacoras, formatos correspondientes.2. Desarrollar las activifades de formación profesional integral (presencial, a distancia y/o virtual conforme a la programación dada por el supervisor del contrato) aplicando los lineamientos pedagogicos y metodologicos de la entidad,de acuerdo a la planeación pedagogica, desarrollo curricular y proyecto formativo apoyandose con las guías, instrumentos de evaluación, reconocimiento de aprendizajes previos,bitacoras,formatos de seguimiento a la etapa productiva, de acuerdo a los programas del area tematica objeto del contrato. 3. Entregar los soportes del procedimiento de ingreso, de aprendices al programa de formación. 4.Reportar oportunamente en el sistema todas las actividades que de acuerdo con los procesos y procedimientos del sistema integrago de gestión y autocontrol SIGA.						
Para ampliar la información de las actividades del mes objeto de cobro remitirse al informe de Gestión contractual (GC) del mismo mes.						
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						
 MAURICIO QUINTERO GUTIERREZ 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 periodo 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,  JAVIER MAURICIO PALOMINO PAREDES INSTRUCTOR G18						
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 NELSON PINO SALAZAR SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

MAURICIO QUINTERO GUTIERREZ

NIT: 1061775758-2
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CR 6 A 21 N 08, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3235812652
Email. mauricioquintero1994@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764088885475 válida desde 2025-02-14 hasta 2027-02-14 rango desde 53 hasta 80.

Nombre o Razón

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Social:

NIT :

8999999034

Dirección:

CL 57 8 69, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono:

5461500

Email:

siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Forma de Pago:

Crédito

Medio de Pago:

Otro

Fecha de Pago:

30/11/2025

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

63

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

10:46:12-05:00

FECHA FIRMADO:

06/12/2025 10:46:16

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
06	12	2025	30	11	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	COBRO DE HONORARIOS MES DE DICIEMBRE	WSD	1,00	\$2.913.023,00				0,00	\$2.913.023,00

Notas: #\$36-02-00-019-911310; CO1.PCCNTR.7410645; jpalomino@sena.edu.co#\$ SON: (dos millones novecientos trece mil veintitres pesos) CUFE: 2f638b1731b9a80f48ad39fb3c7ae22db2c040bb334345bcbab7374cd540e890b722ed042024525c39724dbd2a841cbd	Subtotal:	\$2.913.023,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$2.913.023,00

Firma Digital: DGINEKAPoIJ6pbVeTVqDeN7xhVv9ApEWI1uTXP5Tuf7olYBHdewvYvmZTKeyOak
n6wHtwTpJBMMZXnhFDC53Gj4WdWSFr1oVV/nYRXpr9eU82WCya
+5EydyQmXSHlrg VldlXBtPQXuKMCZlprQCAoI5xR4A00Ccset4MrW0IW8sAsWZkxdTVJEM/BYhzPk rgJ50rxuzXGaOqvEfBUD/DcEelpLCHdDbba
k6/iu8RkFW4hPB/yhZ5pPB7leVtgJ 0AxJ8QG5+VUd8SjNysjyft+VcrwJS5ECKifKyuyz44zAy+7lksvM6AFKXbx9TH bCTydtzKr0fpz60zuFUh
pQ==
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.
Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1061775758		QUINTERO GUTIERREZ MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 21A # 6-43	POPAYAN-CAUCA	8371022	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1981102330	9495990619	I	2026/01/16	2025/12/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$449,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	
1	CC	1061775758	QUINTERO MAURICIO	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF14	30	\$1,423,500	\$28,500	14-23	30	\$1,423,500	\$14,900	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061775758		QUINTERO GUTIERREZ MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 21A # 6-43	POPAYAN-CAUCA	8371022	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1981102330	9495990619	I	2026/01/16	2025/12/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$449,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$449,200	\$0	\$0	\$449,200	



Pago electrónico

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:
Estado de la transacción:
Clave planilla:
Período de pago:
Fecha:
Banco:
Descripción :
Aportes en línea: 9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

¿Quiénes somos?

Servicios que ofrecemos

¿Cómo liquido mis aportes?

¿Por qué elegirnos?

Preguntas frecuentes

Contáctenos

Documentos y normas

Línea Ética



Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

RC	1241989106	MARTIN QUINTERO ALMARIO	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,

MAURICIO QUINTERO GUTIERREZ
C.C. 1061775758

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061775758		QUINTERO GUTIERREZ MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 21A # 6-43	POPAYAN-CAUCA	8371022	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1899389246	9494315188	I	2025/12/15	2025/11/04	BANCO CAJA SOCIAL	\$580,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																		
EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																																		
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA(1 Afiliados)																																		
1	CC	1061775758	QUINTERO GUTIERREZ MAURICIO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																											
Total Afiliados(1)																																		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061775758		QUINTERO GUTIERREZ MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 21A # 6-43	POPAYAN-CAUCA	8371022	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1899389246	9494315188	I	2025/12/15	2025/11/04	BANCO CAJA SOCIAL	\$580,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,300	\$0	\$0	\$19,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$19,300	\$0	\$0	\$19,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
TOTAL				1	\$580,500	\$0	\$0	\$580,500

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION												SALUD							
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irt	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pension	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP	
																				\$294,400							\$230,000	
																				\$294,400							\$230,000	
																				\$294,400							\$230,000	
						\$1,839,804	No		PORVENIR	30	\$1,839,804	16%	SIN RIESGO	\$294,400	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$294,400		SANITAS	30	\$1,839,804	12.5%	\$230,000		
																				\$294,400							\$230,000	

			CCF					RIESGOS							PARAFISCALES									
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	\$230,000						\$36,800						\$19,300				\$0		\$0		\$0		\$0	
	\$230,000						\$36,800						\$19,300				\$0		\$0		\$0		\$0	
	\$230,000						\$36,800						\$19,300				\$0		\$0		\$0		\$0	
\$0	\$230,000		COMFACAUCA	30	\$1,839,804	2%	\$36,800	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$1,839,804	1.044%	2	\$19,300	30	\$0	0%	\$0	0%	\$0	0%	\$0	0%	\$0	No
	\$230,000						\$36,800						\$19,300				\$0		\$0		\$0		\$0	



Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.179.99.66
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9494315188
Valor:	580,500
Período de pago:	2025-11
No Transacción (CUS):	1899389246
Fecha:	2025/11/04
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9494315188
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

¿Quiénes somos?

Servicios que ofrecemos

¿Cómo liquido mis aportes?

¿Por qué elegirnos?

Preguntas frecuentes

Contáctenos

Documentos y normas

Línea Ética



Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.