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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**40345-231038**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA	**Banco a consignar:**	
Cédula de Ciudadanía	1.110.492.637	**Tipo de cuenta:**	
Correo electrónico:	esamaniego@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	
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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	8827324/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN DE APOYOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, CON AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES DERIVADAS DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL QUE SE DESARROLLA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/01/2026**	**Al**	**31/01/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 51.750.000
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 51.750.000
Valor Bruto Pago:			**$ 3.000.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 48.750.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.000.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.000.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.643.700**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Enero	Diciembre			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.643.700,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9495980312**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.500.900,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.200	$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	24.159,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 300.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 548.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$2.975.841,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0034-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0035-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0036-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0041-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0042-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0043-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0044-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0051-2026
Elaboré y gestioné la elaboración de los documentos precontractuales y la publicación en la plataforma SECOP II CD-DC-CGMLTI-0052-2026

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



EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

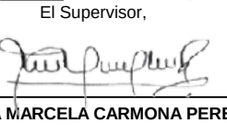
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



DIANA MARCELA CARMONA PEREZ
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
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

02/02/26 09:24:40 USUARIO: SIC - C.C. 1110492637

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1110492637, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250224	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 26 días del mes de Enero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
31304331

CER-AFI

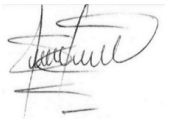
Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1110492637,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2019** 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 26 de enero de 2026.



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

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA**, identificado con **CC** No. **1110492637**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/01/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/01/2026 **Fecha fin de Contrato:** 25/12/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de Enero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
JAGC

Bienestar Empresarial	**BIOCENTER** **SALUD OCUPACIONAL** **Resolución Secretaria de Salud del Tolima** **No. 001107 del 10 de Mayo del 2021** **Cod Prestador: 730010214601**	**CÓDIGO: RG-CALI-1** **Versión: 01** **Vigente desde:** **Noviembre 2016**
	CONCEPTO DE APTITUD LABORAL INGRESO	**Página 1 de 1**

Fecha: 2024-01-16 SIIPS Web 5.0.0

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULARES
Cargo: ASESOR ECONOMICO Ciudad: IBAGUE

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR



Apellidos y Nombres: SAMANIEGO PARRA EFRAIN FELIPE
Documento Identidad: CC 1110492637
Fecha de Nacimiento: 1990-01-04
Sexo: M
Estado Civil:
ARL:
Fecha de Nacimiento: 1990-01-04
Dirección: CALLE 69 N -5-33 INTERIOR 4 APTO 203 ALAMEDA MZ B
Teléfono: 3123581261

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	Si		
VISIOMETRIA:	No	ESPIROMETRIA:	No
AUDIOMETRIA:	No	LABORATORIOS:	No
OPTOMETRIA:	No	OTROS EXAMENES:	No

CALIFICACION DE APTITUD

CONCEPTO MEDICO:

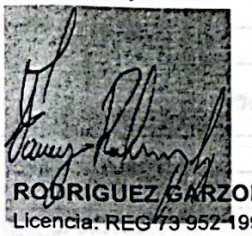
Apto sin evidencia de alteración en salud

RECOMENDACIONES:

* Capacitación en ejecución segura de sus tareas
* Hábitos de estilo de vida saludable
* Autocuidado
* Ergonomía (higiene postural)
* Pausas activas
* Uso de corrección óptica

Recomendación: LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, CUIDADO Y PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIO, ACATAR LOS LINEAMIENTOS Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA EL COVID-19 EMITIDOS POR MINSALUD, ASI COMO CONTRA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE.

DECLARACION DEL TRABADOR: He sido informado sobre la legislación vigente en relación con el resguardo y confidencialidad de las Evaluaciones Médicas Ocupacionales, específicamente la RESOLUCION 2346 de 2007, en su artículo 9no: personal responsable de realizar las evaluaciones médicas ocupacionales. Además de la RESOLUCION 1918 de 2009 Articulo 17: Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Certifico que las respuestas dadas por mí en éste exámen son verídicas y completas y autorizo a Empresa BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL S.A.S., a realizar el Exámen Médico Ocupacional y exámenes complementarios. Autorizo también suministrar a la empresa PARTICULARES la información requerida para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo quien ejercerá vigilancia y control sobre la misma, bajo los más estictos parámetros de confidencialidad y reserva.



RODRIGUEZ GARZON FANNY
Licencia: REG 73 952 1999 RES 2341 24/03/23
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

SAMANIEGO PARRA EFRAIN FELIPE
CC 1110492637

Carrera 5ta No.37-24
Teléfonos 2652249 - 3176577620
mail: biocentersaludocupacional@gmail.com

Scanned with CamScanner

Fecha: 2024-01-16 08:45:00 SIIPS Web 5.0.0

Exámen de Visiometría **Paciente: CC 1110492637 EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA**

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Cargo: ASESOR Ciudad: IBAGUE
Empresa contratante: PARTICULARES
Admisión: 1-41454
Fecha de Nacimiento: 1990-01-04 Edad: 34 Años 0 Meses 12 Dias Sexo: Masculino
Dirección: CALLE 69 N -5-33 INTERIOR 4 APTO 203 ALAMEDA MZ Teléfono: 3123581261
Ocupación: Estado Civil:
Educación: BACHICLLERATO CLASICO Población: NO APLICA
Fecha y hora de atención: 2024-01-16 a las 08:45:00
Motivo de consulta INGRESO LABORAL

Enfermedad Actual NINGUNA

Tipo Exámen: Ingreso
Antigüedad de la empresa: Antigüedad en el oficio:

ANTECEDENTES

Item	Si/No	Acumulado Años	Uso Protección Visual
Exposición a riesgos ocupacionesl en la empresa actual y/o anterior	No		
Químicos (humos, gases, vapores, polvos)	No		
Radiación (ultravioleta, infrarojo, rx, hornos)	No		
Mecánicos (proyección de particulas)	No		
Uso video terminales	No		
Trabajo de Precisión Visual	No		
Iluminación	Normal		

ANTECEDENTES

Item	Si	No	Cual
Enfermedades		X	
Tratamientos		X	
Medicamentos		X	
Sintomatología Ocular		X	
Patología Ocular		X	
Cirugía Ocular		X	
Problemas/Refracción		X	
Usa corrección		X	

VALORACIÓN FÍSICA

Item	Ojo	Con Anteojos	Sin Anteojos
Agudeza visual de Lejos	OD		20/30
	OI		20/25
Agudeza visual de cerca	OD		075M
	OI		05M
Hallazgos segmento anterior	OD		NORMAL
	OI		NORMAL
Balance muscular			ORTHO X
Visión periférica	OD		NORMAL
	OI		NORMAL
Visión Profundidad			50 SEG
Visión de Colores			NORMAL

Tipo de corrección: **Ninguna**
Exámen Disposición: ASTIGMATISMO
REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL CON LENTES
CONTROL UN AÑO

Diagnósticos:
Dx: H522-ASTIGMATISMO

Plan y Recomendaciones

Control Periódico:	Si	Higiene Visual:	Si	Ortóptica:	No
Protección Ocular:	No	Optometría:	Si	Oftalmología:	No

Scanned with CamScanner

Fecha: 2024-01-16 08:10:00 SIIPS Web 5.0.0

Exámen de Audiometría Ocupacional **Paciente: CC 1110492637 EFRAIN FELIPE SAMANIEGO PARRA**

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

Cargo: ASESOR ECONOMICO Ciudad: IBAGUE
Empresa contratante: PARTICULARES
Admisión: 1-41454
Fecha de Admisión: 2024-01-16 Hora de Admisión: 08:02:00
Fecha de Nacimiento: 1990-01-04 Edad: 34 Años 0 Meses 12 Dias Sexo: Masculino
Dirección: CALLE 69 N -5-33 INTERIOR 4 APTO 203 ALAMEDA MZ B Teléfono: 3123581261
Empresa: PARTICULARES Tipo Exámen: Ingreso
Cargo: ASESOR ECONOMICO Antiguedad: Reposo Auditivo: NA

Motivo de consulta INGRESO LABORAL ASESOR ECONÓMICO

Enfermedad Actual NO REFIERE

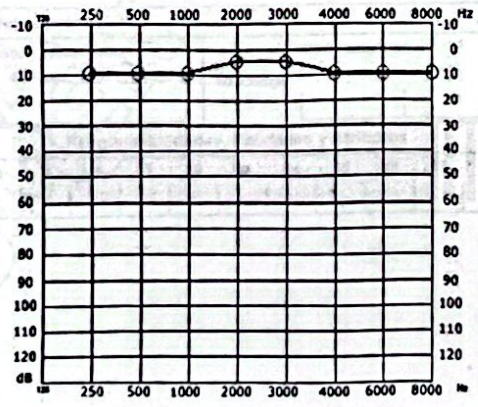
Antecedentes
Ant. Personales: No refiere

Ant. Familiares: HTA: No Refiere - Diabetes: No Refiere

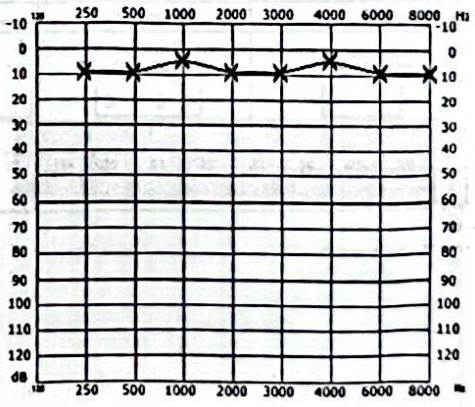
OTOSCOPIA
Oido Derecho: NORMAL
Oido Izquierdo: NORMAL

Hz	OD	OI
250	10	10
500	10	10
1000	10	5
2000	5	10
3000	5	10
4000	10	5
6000	10	10
8000	10	10

OD



OI



Dx Audiométrico Ocupacional:

Diagnóstico	OD	OI	Bilateral
Audición normal			Si

Diagnósticos:
Dx: Z011-EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Recomendaciones:
Consulta según PVE EPP auditivo según PVE
Reposo auditivo extralaboral

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos y acepto la realación de la audiometría, así mismo autorizo a la entidad y sus profesionales de salud para el manejo de la iformación aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las características estadísticas de Diagnósico en condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo dscrito en el consentimiento informado y de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

RODRIGUEZ DULCEY PAOLA ANDREA

SAMANIEGO PARRA EFRAIN FELIPE

Reg.: 2376 Area: AUDIOMETRIA

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14514739301

(415)7707212489984(8020) 000001451473930 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 9 2 6 3 7	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 0 4 9 2 6 3 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SAMANIEGO	PARRA	EFRAIN	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CON MILLENIUM I BL A 1 AP A 131

42. Correo electrónico: Felipesamaniego0401@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 3 5 8 1 2 6 1	3 1 6 7 9 7 7 8 4 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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
8 2 1 1	2 0 1 7 0 4 2 6						3 1 2 1	

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110492637		SAMANIEGO PARRA EFRAIN FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 76 20 71 B La Felicidad T3 INT6 AP222	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1996205877	9495980312	I	2026/01/13	2025/12/10	LULO BANK	0	$1,042,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$3,360,000	$67,200			$3,360,000	$17,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$3,360,000	$67,200			$3,360,000	$17,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$3,360,000	$67,200			$3,360,000	$17,600		$0	$0
1	CC 1110492637	SAMANIEGO EFRAIN	25-14	30	$3,360,000	$537,600	EPS008	30	$3,360,000	$420,000	CCF24	30	$3,360,000	$67,200	14-23	30	$3,360,000	$17,600	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,360,000	$537,600			$3,360,000	$420,000			$3,360,000	$67,200			$3,360,000	$17,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110492637		SAMANIEGO PARRA EFRAIN FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 76 20 71 B La Felicidad T3 INT6 AP222	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	1996205877	9495980312	I	2026/01/13	2025/12/10	LULO BANK	0	$1,042,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$537,600	$0	$0	$537,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$537,600	$0	$0	$537,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,600	$0	$0	$17,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$67,200	$0	$0	$67,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$67,200	$0	$0	$67,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$420,000	$0	$0	$420,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$420,000	$0	$0	$420,000
TOTAL				1	$1,042,400	$0	$0	$1,042,400