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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**25789-192754**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HARVEY GIOVANNY MATURANA MENA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	12.022.779	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	giovannysanofi@yahoo.es	**Número de Cuenta:**	53603434851
IP/Nº de contacto:	44601	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	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:	9183119/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**26626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION DE INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, ACOMPAÑAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.907.489
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.907.489
Valor Bruto Pago:			**$ 4.944.455,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 32.963.034

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.944.455	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.944.455**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.906.809**	**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		----------	**4643467700 464**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.906.809,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.977.782	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.380.655,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 247.300	$ 0	Valor base IVA	4.944.455,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 316.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 10.400	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8551 - QUIBDO	8.761,00	0,200%
		$		-	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		$ -		Pro Utch	74.167,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 494.446		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 969.000			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**	**$4.861.527,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistí a la reunión de la semana de inducción de los instructores

Entregue la programación para creación de fichas y planeación pedagógica

presente el informe mensual para el tratamiento de cuenta de cobro

Calificación oportuna de evidencias y cierre de resultados de aprendizaje en la plataforma

Verificación de juicios evaluativos, actualización de datos del aprendiz en el aplicativo Sofia Plus.

Ejecución de la formación y resolución de duda en los diferentes programas de formación.

Elaboración de guías de aprendizaje, cronograma de actividades y planeación pedagógica de la ficha.

se hizo un reajustes en la seguridad social con el numero 4644669765

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

HARVEY GIOVANNY MATURANA MENA
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,

CHRISTIAM RIVAS DEL TORO
INSTRUCTOR G17

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
CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

27/02/26 12:35:51 USUARIO: SIC - C.C. 12022779

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12022779
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HARVEY GIOVANNY MATURANA MENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO JARDIN	TELÉFONO:	6710577
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:	**4643467700**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/18			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995763553

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 102.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 102.800	$ 0	$ 102.800
SUBTOTALES:										**$ 102.800**	**$ 0**	**$ 102.800**

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
CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 80.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.300	$ 0	$ 0	$ 80.300
SUBTOTALES:													**$ 80.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 80.300**

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	$ 3.400	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 3.400
SUBTOTALES:									**$ 3.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.400**

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 12022779	MATURANA MENA HARVEY GIOVANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	20																230301-PORVENIR	11	$ 641.999	$ 102.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 102.800	CCFC20-COMFACHOCO	11	$ 641.999	$ 80.300	$ 0	$ 80.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	11	$ 641.999	12022779	$ 3.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 186.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12022779
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HARVEY GIOVANNY MATURANA MENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO JARDIN	TELÉFONO:	6710577
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:		**4644669765**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		9			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995851977
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4643467700	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2026/02/18

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 46.700	$ 300	$ 47.000
SUBTOTALES:										**$ 46.700**	**$ 300**	**$ 47.000**

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
CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 300	$ 0	$ 36.500	$ 300	$ 0	$ 36.800
SUBTOTALES:													**$ 36.500**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 36.800**

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	$ 1.500	$ 1.500	$ 100	$ 0	$ 1.600
SUBTOTALES:									**$ 1.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 1.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 12022779	MATURANA MENA HARVEY GIOVANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	20						A										230301-PORVENIR	11	$ 641.999	$ 102.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 102.800	CCFC20-COMFACHOCO	11	$ 641.999	$ 80.300	$ 0	$ 80.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	11	$ 641.999	12022779	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 12022779	MATURANA MENA HARVEY GIOVANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	15						C										230301-PORVENIR	16	$ 933.816	$ 149.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 149.500	CCFC20-COMFACHOCO	16	$ 933.816	$ 116.800	$ 0	$ 116.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	16	$ 933.816	12022779	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 12022779	MATURANA MENA HARVEY GIOVANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	15						R										230301-PORVENIR	5	$ 291.817	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 46.700	CCFC20-COMFACHOCO	5	$ 291.817	$ 36.500	$ 0	$ 36.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	5	$ 291.817	12022779	$ 1.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 85.400

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9630318612	DV: 105737
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	18/02/2026 15:22:36
PAP:	905924
Identificacion:	12022779
Nombre:	HARVEY
Apellido 1:	GIOVANNY
Apellido 2:	MATURANA MENA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3333333333
Codigo Planilla:	4643467700
Periodo Pago:	2026/01
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 12022779 Valor: $186.500,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.

servicioalcliente@efecty.com.co.

www.efecty.com.co

EFECTIVO LIDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9631613435 DV: 557908
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 27/02/2026 09:47:43
PAP: 913336
Identificacion: 12022779
Nombre: HARVEY GIOVANNY
Apellido 1: MATURANA
Apellido 2: MENA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3163184853
Codigo Planilla: 4644669765
Periodo Pago: 2026/01
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 12022779 Valor: $85.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

COMFACHOCO EPS-S
NIT. 891.600.091 - 8

Página

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] 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)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) — A. AFILIACIÓN

Datos personales

6. Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Moreno	Mena	Harvey	Giovanny

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	72.022.779	Femenino [ ] Masculino [X]	26/07/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	5'493.839

18. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
cra 78A 24-790	3163184853	3163184853	giovannysanoti@yahoo.es

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Quibdo	Urbana [X] Rural [ ]		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	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo — Femenino	27. Sexo — Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad — Tipo F	N	M	T
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	32. Datos de residencia — Municipio/Distrito	Zona — Urbana	Zona — Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

COMFACHOCO NIT: 891.600.091-8 15 ENE 2020 RECIBIDO

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a regis
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pe
Harvey Giovanny Moreno Mena	CC	72022779	Independiente

39. Ubicación — Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito
cra 78A 24L 790	3163184853	giovannysanoti@yahoo.es	Quibdo

AnyScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 16 Levantamiento suspensión RUT

4. Número de formulario 141152376052

(415)7707212489984(8020) 000014115237605 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1202277	9 7	Impuestos y Aduanas de Quibdó 18	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1202277 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MATURANA	MENA	HARVEY	GIOVANNY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: CR 18 A 24 190 BRR JARDIN SEC LOS CLAVELES

42. Correo electrónico: giovannysanofi@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3163184856	

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
7210	2024,12,24	8551	2024,12,24				2211	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 49

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 PALACIOS COPETE YANETH

985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LA EPS COMFACHOCO EPS

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a): HARVEY GIOVANNY MATURANA MENA

Identificación : CC 12022779

Tipo de Afiliado: Cotizante

Tipo Cotizante: Independiente agremiado o asociado

Municipio: QUIBDO

Categoria: A

IPS Asignada UNIDAD DE SALUD SANTA MARIA

IPS Farmacia

IPS PYP

IPS Odontología

Fecha de Retiro:

Estado: ACTIVO

Fecha de Movilidad: 06/02/2024

Regimen: ***CONTRIBUTIVO***

INFORMACIÓN DEL APORTANTE

Documento del Aportante	***Razon Social***	***Fecha Inicio***
12022779	HARVEY GIOVANNY MATURANA MENA	06/02/2024

INFORMACIÓN COTIZANTES BENEFICIARIOS Y ADICIONALES

Identificación	***Nombre***	***Fecha Movilidad***	***Estado***	***Tipo***	***Fecha Retiro***

Observaciones: En constancia de lo anterior se suscribe , el día 15 de enero de 2026.

NOTA: La presente certificación carece de validez si presenta enmendaduras. Válida por veinte (20) días hábiles.

USUARIO WEB SERVICE CERTIFICACION
ASISTENTE OUTSOURCING
COMFACHOCO EPS