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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**16 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**88285-104616**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.098.635.136	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rordonezj@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	29178492096
IP/Nº de contacto:		**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 2025**	SI

¿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	SI
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:	9135124/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**8826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN EL PROGRAMA DE PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS PL 8 MESES VR MES $4.737.480

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**29/01/2026**	**Al**	**31/01/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.840
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.899.840
Valor Bruto Pago:			**$ 315.832,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 37.584.008

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 315.832	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 315.832**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**	**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	0,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9498455913**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	315.832,00	
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	II	$ 18.300	$ 0	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	947,00	0,300%
		$		-	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		$ 31.583		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 0			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**	**$314.885,00**	

SON: TRESCIENTOS CATORCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Gestión para cursos complementarios.

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



ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

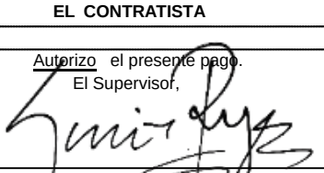
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



SAMIR REYES GOMEZ
INSTRUCTOR G20

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
ROSA INES BAEZ OVIEDO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/03/26 22:27:15 USUARIO: SIC - C.C. 1098635136

Bogota, Enero 8 de 2026

Señor:
ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON
CC. 1098635136
VRD 14 56 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 1 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ORDOÑEZ CARRILLO HEILYN VIVIANA	1097500768	T	Feb-1-2011	165	98	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON	1098635136	C	Feb-1-2011	165	100	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CARRILLO RIANO ROSA	1098637859	C	Feb-1-2011	165	100	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES	1098635136	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES	1098635136	Mecanismo de protección al cesante	CERRADO
SIAMA LTDA	1098635136	Dependiente	CERRADO
SIAMA LTDA	1098635136	Dependiente	CERRADO
SIAMA LTDA	1098635136	Dependiente	CERRADO
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	1098635136	Dependiente	CERRADO
ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES	1098635136	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES	1098635136	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
ALEJANDRA MORALES OLAYA	1098635136	Dependiente	CERRADO
COLBEEF SAS	1098635136	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO AS SANTANDER O	1098635136	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO AS SANTANDER O	1098635136	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO AS SANTANDER O	1098635136	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO GIRON SOCIAL 2.023	1098635136	Dependiente	CERRADO
DANOVO LTDA	1098635136	Dependiente	CERRADO
FRIGORIFICO VIJAGUAL SA	1098635136	Aprendiz en etapa productiva.	CERRADO
FRIGORIFICO VIJAGUAL SA	1098635136	Dependiente	CERRADO
FRIGORIFICO VIJAGUAL SA	1098635136	Dependiente	CERRADO
PETROCASINOS SA	1098635136	Dependiente	CERRADO
PRODUCTOS VICKY SAS	1098635136	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Powered by CamScanner

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Diana Katherine Camacho Gomez - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON** identificado(a) con **CC** número **1.098.635.136** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de junio de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 12 de marzo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CER_AFI_2026013476800

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Robinson Simon ORDOÑEZ JAIMES identificado con CC. 1098635136 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/29	**Fecha inicio contrato**	2026/01/29
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/27
Riesgo	2	**Código actividad económica**	2015001 - Explotacion mixta (agricola y pecuaria), incluye la explotacion mixta de cultivos y animales sin especializacion en ninguna
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/09/27	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC28012026N1098635136A4650420.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141097688879

(415)7707212489984(8020) 000014109768887 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 6 3 5 1 3 6	6	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 0 9 8 6 3 5 1 3 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORDOÑEZ	JAIMES	ROBINSON	SIMON

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
PA EL TRIUNFO VEREDA VERICUTE

42. Correo electrónico ordonezrobin204@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 4 0 2 9 0 5 5	3 2 1 9 1 3 3 8 5 2

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
7 1 1 2	2 0 1 9 1 0 1 8	7 4 9 0	2 0 1 4 0 7 0 7					

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 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Piedecuesta

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:

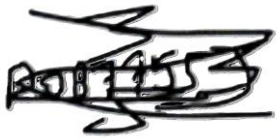
T.I.	**1097500768**	**Heilyn Viviana Ordoñez Carrillo**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



_____

Robinson Simon Ordoñez Jaimes
C.C. 1.098.635.136

COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ARTICULO 21 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

NUIP 1097500768

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41964477

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q6E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ORDOÑEZ **********
Segundo Apellido: CARRILLO **********
Nombre(s): HEILYN VIVIANA **********
Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAR Día 19
Sexo (en letras): Femenino
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: Negativo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número Certificado de nacido vivo: 51410790-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CARRILLO RIAÑO ROSA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.637.859
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.635.136
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.635.136
Firma

El Suscrito Notario Octavo de Bga da fe que esta fotocopia concuerda al original que reposa en el archivo de esta notaría.
DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
NOTARIO OCTAVO
BUCARAMANGA
01 NOV 2021

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes MAR Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

LV-FOLIO 354

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE FLORIDABLANCA - SANTANDER TESTIFICA: QUE ESTA FOTOCOPIA FUE TOMADA DE FOTOCOPIA AUTENTICADA QUE TUVE A LA VISTA
09 MAY 2022
FLORIDABLANCA - SANTANDER

EFRAIN PANDIÑO MARIN
NOTARIO PRIMERO
DEL CIRCULO DE FLORIDABLANCA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner

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 1098635136		ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA VERICUTE	FLORIDABLANCA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	18306194	9498455913	I	2026/02/10	2026/01/29	BANCOLOMBIA	0	$580,500

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)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0
1	CC	1098635136	ORDOÑEZ ROBINSON	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$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 1098635136		ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA VERICUTE	FLORIDABLANCA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	18306194	9498455913	I	2026/02/10	2026/01/29	BANCOLOMBIA	0	$580,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				**1**	**$580,500**	**$0**	**$0**	**$580,500**