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)

DIRECCIÓN GENERAL

DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

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

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**18426-732640**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWARD CAMILO OLARTE HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.117.532.890	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	edolarte@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	201286390
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**	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:	8902661/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**45926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: 9-2026-002524-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO PRESUPUESTAL DEL SENA, ASÍ COMO EN EL REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN EN LOS APLICATIVOS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.124.905
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 52.249.890
Valor Bruto Pago:			**$ 4.749.990,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.374.915

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.749.990	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.749.990**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.792.491**	**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		----------	**65370002**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.899.996	$ 1.899.996
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 237.500	$ 237.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 304.000	$ 304.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 10.000	$ 10.000
		$	
		$	
		$	
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		$ 474.999	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 931.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.338.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.792.491,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.208.490,00	
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 - BOGOTÁ	40.654,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.709.336,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obligacion 1: Se realizo la expedición de los registros presupuestales según las comunicaciones allegadas

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

EDWARD CAMILO OLARTE HERNANDEZ
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,

CARLOS ALBERTO PACHECO CERVANTES
PROFESIONAL G01

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

ADRIANA MILENA GASCA CARDOSO

DIRECTORA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

16/03/26 13:49:34 USUARIO: SIC - C.C. 1117532890

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141216103217

(415)7707212489984(8020) 000014121610321 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1117532890	7	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1117532890	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Caquetá 18	Florencia 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLARTE	HERNANDEZ	EDWARD	CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DISTRIBUCIONES MADRE SELVA CAQUETÁ	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 57 B 35 A 13 BRR NICOLAS DE FEDERMAN

42. Correo electrónico: distribucionesmadreselva@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
11001	3232845144	

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
6920	2022/11/25	4761	2019/07/09		4741	5621	2411	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 24 49 52

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

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: OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141216103217

(415)7707212489984(8020) **000014121610321 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 7 5 3 2 8 9 0	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosmético 4 7 7 3

162. Nombre del establecimiento: DISTRIBUCIONES MADRE SELVA CAQUETÁ

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

165. Dirección: CR 4 B 21 29 BRR LA LIBERTAD OF 102

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 1 1 0 0 3	2 0 1 9 0 7 0 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 3 2 8 4 5 1 4 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, D.C 16 de Marzo del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad BOGOTÁ

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:

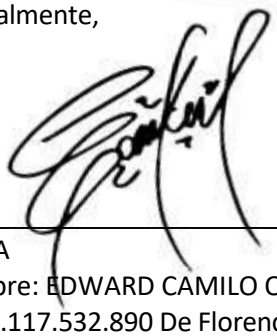
T.I.	**1.118.369.344**	**Maria Gabriela Olarte Escobar**	**HIJA**

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,



FIRMA
Nombre: EDWARD CAMILO OLARTE HERNANDEZ
C.C. 1.117.532.890 De Florencia, Caquetà



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.118.369.344

OLARTE ESCOBAR
APELLIDOS

MARIA GABRIELA
NOMBRES

Gabriela olarte
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-2008
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-DIC-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

29-MAR-2016 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O-
G.S. RH

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4400100-00810572-F-1118369344-20160407 0049215967A 1 45734805

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1118369344

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41923252

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	02	☐	☐	☐	WXK

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLARTE	ESCOBAR

Nombre(s)

MARIA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes DIC Día 24	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

SALUDCOOP CLINICA SANTA ISABEL - COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	51371600 8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR PEREZ ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
T.D.I.Nro 920920-53930 DE FLORENCIA - CAQUETA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
T.D.I.Nro 940729-13560 DE FLORENCIA - CAQUETA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
T.D.I.Nro 940729-13560 DE FLORENCIA - CAQUETA	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes ENE Día 21	ANA JOAQUINA VASQUEZ GONZALEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ANA JOAQUINA VASQUEZ GONZALEZ Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARÍA SEGUNDA DE FLORENCIA - CAQUETÁ
Este registro es fotocopia auténtica del original que reposa en los archivos de registro civil de esta Notaría 03 AGO 2020

NOTARIA SEGUNDA - FLORENCIA

DEPARTAMENTO DE CAQUETA - NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA - NOTARIO

NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

* 41923252 *

Scanned with CamScanner

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
ae568ac7726119b4755dc2689153047c91632e26e2cfac154a7bd9d66dbaaa94638069d2e7466bed3339e54a53881d10

Número de Factura: FE-340
Fecha de Emisión: 11/03/2026
Fecha de Vencimiento: 11/03/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO
Nombre Comercial: OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO
Nit del Emisor: 1117532890
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 6920

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 57 B 35 A 13 BRR NICOLAS DE FEDERMAN
Teléfono / Móvil: 3232845144
Correo: edolarte@sena.edu.co

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999034
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 57 8-69
Teléfono / Móvil: 6015461500
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	de venta
1	1	PAGO DE MARZO DEL CONTRATO CO1 PCCNTR 8902661 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES BRINDANDO ACOMPANAMIENTO EN EL PROCESO PRESUPUESTAL DEL SENA ASI COMO EN EL REGISTRO SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA INFORMACION EN LOS APLICATIVOS DEL SISTEMA INTEGRADO D	NIU	1,00	$ 4.749.990,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.749.990,00

Notas Finales

Linea de negocio: #$36-02-00-001-0000;FE-340;yleal@sena.edu.co#$

Datos Totales



Documento generado el:
11/03/2026 15:35:29
Documento validado por la DIAN:
11/03/2026 15:35:30
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4749990
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4749990
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4749990
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 4749990

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.749.990,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.749.990,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.749.990,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 4.749.990,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764090715693 Rango desde: 301 Rango hasta: 500 Vigencia: 2027-03-19

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1117532890	EDWARD CAMILO OLARTE HERNANDEZ	CONJUNTO RESIDENCIAL VILLAS	4345932	distribucionesmadreselva@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAQUETÁ	FLORENCIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65370002	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$580.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1117532890	EDWARD CAMILO OLARTE HERNANDEZ	CONJUNTO RESIDENCIAL VILLAS	4345932	distribucionesmadreselva@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CAQUETÁ	FLORENCIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		65370002	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$580.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1117532890	OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO	59	0			N																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	30	250.000	14-23	2.000.000	30	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información