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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**09725-426361**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.030.559.162	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	angelicabayona.gaitan@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24081223303
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	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:	9253052/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**49626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.422.506
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.685.009

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.575.547**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1081259970**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 280.200	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 858.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.574.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.575.547,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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	40.547,00	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	**$4.696.950,00**	

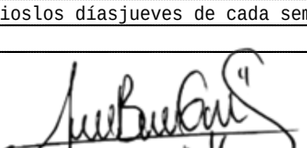
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de mayose realizan los encuentros con las fichas correspondiente para el desarrollo de formación en cultura física de
Durante el mes de mayo se aplican los lineamientos vigentes del reglamento del aprendiz y las directrices institucionales correspondi
para el mes de mayo se desarrollan las actividades formativas en el ambiente asignado para el área de cultura física. Donde los aprend
Para el mes de mayo se realizan las acciones como acta de socialización con cada una de las fichas asignadas
Se realiza la alimentación del plan de trabajo y actas correspondientes para los entregables.
ara el mes de mayo se realiza la debida verificación de los datos de los aprendices como número telefónico correo, documento de identi
Para el mes de mayose ha cumplido el Acuerdo 009 de 2016 del SENA y la Ley 1581 de 2012, verificando la in formación proporcionada co
Se asiste a cada una de las reuniones convocadas por la coordinación
Se realizan entrenamientos con los aprendices los días martes de cada semana y con losfuncionarioslos díasjueves de cada semana en los

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



ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN
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,

Firmado digitalmente por RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.05.20 10:23:53 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

20/05/26 09:23:53 USUARIO: SIC - C.C. 1030559162

Régimen: RÉGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000592746

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico ○
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/01/2026 12:31:55** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1030559162** Nombre **ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN** Sexo **F** Edad **36 Años**

Teléfono **3008239568** Dirección **CRA 77K BIS ·51A55 SUR**

Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **999999999 - PARTICULAR**

Actividad económica **PARTICULAR**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **POSITIVA** Fondo de pensión **PROTECCION**

ÉNFASIS

Alturas	☐	Cardiovascular	☐	Manipulación de alimentos	☐
Osteomuscular	☑	Espacios confinados	☐	Otros	☑

EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio		SI	☑	NO	☐		
Visiometría	☑	Glic	☑	Col	☐	Trigli	☐	PL	☐	Otros	☐
Optometría	☐	¿Cuáles?							
Audiometría	☐								
Espirometría	☐								
Valortación psicologica	☑	Radiografías							
Coord. Motriz	☐								
Electrocardiograma	☐								
Rx	☐								
Psicosensométrico	☐								

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO
- ENFASIS MUSCULOESQUELETICO

RESTRICCIONES

NINGUNA

Powered by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

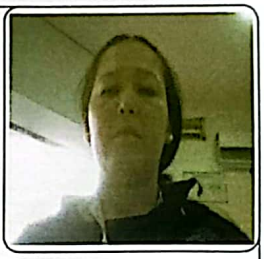
Régimen: REGIMEN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO LABORAL

Tipo certificación:	Preocupacional o ingreso ⊗	Pos-ocupacional o egreso ○	Periódico ○
	Post incapacidad ○	Retorno laboral ○	Control ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **24/01/2026 12:31:55** Ciudad **BOGOTA** Departamento **DISTRITO CAPITAL**

Doc. Identidad **CC 1030559162** Nombre **ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN** Sexo **F** Edad **36 Años**

Teléfono **3008239568** Dirección **CRA 77K BIS ·51A55 SUR**

Cargo **INSTRUCTOR**

Empresa **999999999 - PARTICULAR**

Actividad económica **PARTICULAR**

Eps **E.P.S. FAMISANAR LTDA.**

Arl **POSITIVA** Fondo de pensión **PROTECCION**

RECOMENDACIONES

CONTROL MÉDICO DE RUTINA EPS / DIETA HIPOCALÓRICA / BAJAR DE PESO / USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN
USO DE LOS EPP EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR / REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E INCLUIRLO EN EL PROGRAMA DE ESTRÉS, PROGRAMA ASISTENCIAL DEL TRABAJADOR, SST

Angelica Bayona.

FIRMA DEL PACIENTE



Huella Biométrica

Katherine Brigette Blanco Arambulo
Médico General
Médico esp. Gerencia en SST.
CE 729744 RM 729744
LIC. SO 4072- 14/06/2023

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Powered by CamScanner

Informe valoración psicológica – psicosocial

Fecha 24 de enero de 2026	Empresa: Particular	Cargo: Instructor
Nombre: Angelica Maria Bayona Gaitan	CC: 1030559162	Edad: 36 años

Condiciones evaluadas

	Riesgo muy alto	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo Bajo	Sin riesgo
Manifestación psicosomática				X	
Condiciones Extralaborales				X	
Sintomatología asociada al estrés				X	

Valoración del riesgo

Sin riesgo, No amerita desarrollar actividades de intervención, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de promoción.	
Riesgo bajo, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría serán objetos de acciones o programas de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgos más bajo posible (*se recomienda realizar pausas activas e incluirlo en el programa de estrés, programa asistencial del trabajador, SST*)	X
Riesgo medio, Nivel de riesgo con respuestas de estrés moderado, las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos perjudiciales para la salud	
Riesgo alto o muy alto nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Por consiguiente, las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.	

Daniela Estefanía Gómez Ávila
Psicóloga, especialista en psicología ocupacional y organizacional
CC:1030601766 TP.149574
Resolución 13384 de 15/ 11/ 2017

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit. 900148264 - 9
Dirección: Calle 27 Sur Nª 19-07 Bogota
Tel: 2784705

VISIOMETRÍA Fecha examen: **24/01/2026**

Doc. Identidad **CC 1030559162** Nombre **ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN** Fecha Nacimiento. **16/07/1989**
Entidad **PARTICULAR** Edad **36 años** Ocupación **INSTRUCTOR**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa SENA - EXM - VISIO - GL PSICOSOCIAL Cargo INSTRUCTOR Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn PROTECCION EPS E.P.S. FAMISANAR LTDA. ARL POSITIVA

ANAMNESIS

Último Examen Visual **2 AÑOS** Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI (X) NO ( ) Cual ? **PTERIGIO EN EL OD HACE 8 AÑOS**
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminucíon visual de cerca ( ) Disminucíon visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	20/20
OI				20/20-	20/20
AO				20/20	20/20

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	(X)
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMAL** Versiones: **NORMAL** PPC: **4 CM**

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40" ARCO	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H505 HETEROFORIA
H111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

Powered by CamScanner

Clinisur IPS Ltda
Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit. 900148264 - 9
Dirección: Calle 27 Sur Nª 19-07 Bogota
Tel: 2784705

VISIOMETRÍA Fecha examen: **24/01/2026**

Ivonne Lorena Bedoya
Optometra. U.L.S. Esp. SST
CC 53117891
Resolución 7888- 17/08/2016

IVONNE LORENA BEDOYA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 53117891 RM:

Powered by CamScanner

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS LTDA
LABORATORIO CLINICO

Nombre/Apellido:	ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN	**Fecha de ingreso:**	2026-01-24 11:55
Numero de Identificación:	CC 1030559162	**Numero de orden:**	260124210
Edad/Sexo:	36 Año(s)/F	**Entidad:**	PARTICULAR
Dirección:	CRA 77K BIS ·51A55 SUR	**Fecha de nacimiento:**	1989-07-16

QUIMICA

Parametro	Resultado	Referencia
GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
Fecha de validación: 2026-01-24 12:46		
GLICEMIA EN SUERO PRE	81	70 - 110 mg/dL

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
BACTERIOLOGA Y LAB. CLINICO
TP: 54 - 1172
CC 1090424706

Dra. Katherine Diaz G
Bacterióloga & Lab. Clínico
Universidad de Santander
TP 54-1172

Powered by CamScanner

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
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:

RC	1030711111	honey duran bayona	Hijo(a)

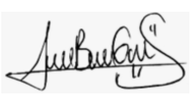
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN
C.C. 1030559162

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

5XJJDKJYF2Y7

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DIGITAL

NUIP
1030711111

Nacimiento

Indicativo serial
0061451284

Datos de la Oficina de Registro

País	*Departamento*	*Municipio*	*Fecha de inscripción*
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	05-10-2021

Tipo oficina / Oficina
REGISTRADURÍA / CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC

Datos del inscrito

Nombres	*Apellidos*
HONEY	DURAN BAYONA

Fecha de nacimiento	*Sexo*
21-09-2021	FEMENINO

Lugar de nacimiento

País	*Departamento*	*Municipio*	*Corregimiento / Insp. de Policía*
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	---

Datos de Madre o Padre

Nombres	*Apellidos*
ANGELICA MARIA	BAYONA GAITAN

Tipo de documento	*Número de documento*	*Nacionalidad*
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1030559162	COLOMBIA

Datos de Madre o Padre

Nombres	*Apellidos*
MICHAEL DAVID	DURAN GARCIA

Tipo de documento	*Número de documento*	*Nacionalidad*
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1030615417	COLOMBIA

Fecha de expedición

Día	*Mes*	*Año*
11	04	2025

Válido por 3 meses a partir de la fecha de expedición. *Este documento firmado digitalmente certifica los datos contenidos en el Sistema de Información de Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil y tiene plena validez jurídica conforme a lo dispuesto en el Decreto 1260 de 1970, la Ley 527 de 1999 y la Ley 962 de 2005.*

MARIA CRISTINA MANZANO NOGUERA
Directora Nacional de Registro Civil

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-15, 04:26:17 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081259970

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823986755

PAGADO 14/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN		
Documento	CC1030559162	**Dirección**	CRA 77K BIS 51A 55 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3008239568
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1030559162	ANGELICA MARIA BAYONA GAITAN	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.894.999	$ 303.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.894.999	$ 236.900	0,522	$ 1.894.999	$ 9.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.894.999	$ 37.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 587.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 236.900	$ 9.900	$ 37.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 587.900	$ 0	$ 587.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.