



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	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	88628-797486

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/N° 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: (Descripción 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	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.624.925
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 52.249.890
Valor Bruto Pago:			\$ 4.749.990,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.874.935

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

		Mayo	Abril			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	82047701	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.792.491,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.899.996	\$ 1.899.996	Base retención en la fuente a título de ICA	4.208.490,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 237.500	\$ 237.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 304.000	\$ 304.000	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		\$ 10.000	\$ 10.000	Menos Retención IVA	0,00	15%
		\$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.654,00	0,966%
		\$			-	0,00
		\$			-	0,00
		\$			-	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			-	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			-	0,00
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		\$ 474.999		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$41.375.460	\$ 931.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.200.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		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

EDUARDO CAMILO CLARTE HERNANDEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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

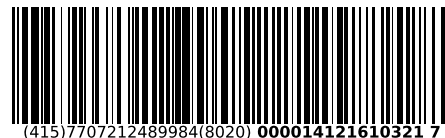
CLAUDIA LILIANA BLANCO SANTILLANA

DIRECTORA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141216103217



(415)7707212489984(8020) 000014121610321 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 1 7 5 3 2 8 9 0

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 1 7 5 3 2 8 9 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Caquetá

1 8

30. Ciudad/Municipio

Florencia

0 0 1

31. Primer apellido

OLARTE

32. Segundo apellido

HERNANDEZ

33. Primer nombre

EDWARD

34. Otros nombres

CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial

DISTRIBUCIONES MADRE SELVA CAQUETÁ

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 57 B 35 A 13 BRR NICOLAS DE FEDERMAN

42. Correo electrónico

distribucionesmadreselva@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 0 1

44. Teléfono 1

3 2 3 2 8 4 5 1 4 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

6 9 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 1 1, 2 5

Actividad secundaria

48. Código

4 7 6 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 0 7, 0 9

Otras actividades

1

4 7 4 1

2

5 6 2 1

Ocupación

51. Código

2 4 1 1

52. Número establecimientos

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	5	2	2	4	9	5	2																		

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

DOCUMENTO SIN EFECTOS

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.

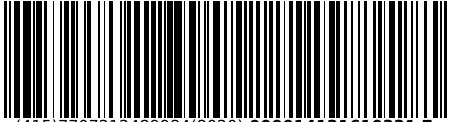
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OLARTE HERNANDEZ EDWARD CAMILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 2 Hoja 6			
				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							
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							
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			
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			



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, D.C 14 de Mayo 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	HUJA
-------------	----------------------	--------------------------------------	-------------

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, Caquetá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.118.369.344**

OLARTE ESCOBAR

APELLIDOS

MARIA GABRIELA

NOMBRES

Gabriela olarte

FIRMA



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

INDICE DERECHO

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VADIA



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

NUIP 1118369344

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 41923252

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	02	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	W X K
País - Departamento - Municipio - Corregimiento 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	2	0	0	Mes	D	I	C	Día	2	4	FEMENINO	0	NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento 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	2	0	0
Mes	E	N	E
Día	2	6	
		ANA JOAQUINA VASQUEZ GONZALEZ	
		Nombre y firma	

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

ESPACIO PARA NOTAS	
NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA - CAQUETA Este registro es fotocopia auténtica del original que reposa en los archivos de registro civil de esta Notaría. 03 AGO 2020 NOTARIA SEGUNDA - FLORENCIA	

NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
49dfcac302e50b2a4ffb65b87ff823549c783f30edf1940c342c74bd3f5a1985cefb886b41cfc6a8f83110a551fa1ae3

Número de Factura: FE-347

Fecha de Emisión: 13/05/2026

Fecha de Vencimiento: 13/05/2026

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

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	PAGO DE MAYO DEL CONTRATO CO1 PCCNTR 8902661 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 DEL SISTEMA INTEGRADO	NIU	1,00	\$ 4.749.990,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 4.749.990,00

Notas Finales

Línea de negocio: 36-02-00-001-0000;CO1 PCCNTR 8902661;cpachecoc@sena.edu.co

Datos Totales



Documento generado el:
13/05/2026 11:42:40
Documento validado por la
DIAN:
13/05/2026 11:42:41
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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82047701	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$580.500	

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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82047701	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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	0