

	ALCALDIA DE PAIPA	NIT. 891.801.240 -1	
	Modelo Integrado de Planeación Y Gestión - MIP	Código: GCO-F-13	
	Formato	Versión: 01	
	Informe de Actividades Contratista	Fecha Versión: 02/01/2020	

Numero de Contrato	314 de 2022	Dependencia	GOBIERNO	Fecha de Acta de inicio	01/04/2022
Objeto del Contrato	"PRESTAR SERVICIOS DE ASEO Y LIMPIEZA EN EL EDIFICIO CENTRAL Y SEDES ADSCRITAS A LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE PAIPA".				
Nombre del Contratista	ADMINISTRA RAM LTDA	Cédula	860.529.223-8	Supervisor	MARIA ALEJANDRA PICO GAMA
Periodo del Reporte		1/07/2022	AI	31/07/2022	

BALANCE FINANCIERO					
Valor del Contrato	\$ 279.774.000,00	Pagos Realizados	3	Saldo a la Fecha	\$ 186.516.000,00
					Saldo despues del ultimo pago realizado
Pago No	4	Valor	\$ 31.086.000,00	Saldo a Favor del Contratista	\$ 155.430.000,00

VERIFICACIÓN ACTIVIDADES PACTADAS							
REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL SUPERVISOR				
I T E M	ACTIVIDADES PACTADAS *	ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS ALCANZADOS EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (CUMPLE)				FUENTE DE VERIFICACIÓN
			T	P	N	NA	
1	Prestar los servicios de limpieza, mantenimiento, en cada una de las dependencias adscritas al MUNICIPIO, en los tiempos, cantidades y calidades solicitados por el Supervisor	Se realiza seguimiento a cada una de las actividades objeto del presente contrato, mediante visitas de supervisión, se anexa registro fotografico de las actividades realizadas.	X				CD / Carpeta No. 1
2	Atender en forma oportuna los requerimientos y sugerencias hechas por el Supervisor.	Se hace entrega e inspección de elementos de protección personal, para su verificación se adjuntan formatos de entrega de EPP (RF-12) con la firma de cada uno de los trabajadores; se hizo visita de supervisión a las diferentes sedes donde se presta el servicio para su verificación se adjuntan planillas PS-30. se realizo visita de inspección el 6 de julio de 2022 a cada uno de los centro de trabajo con el fin de verificar practicas, responsabilidades y sus de epp a cada uno de los trabajadores. se anexa soporte de inspección realizada el dia 23 de julio de 2022.	X				CD / Carpeta No. 2
3	Prestar los servicios de aseo y limpieza con personal idóneo y calificado, entrenado para realizar esta actividad en los lugares designados por el supervisor.	el servicio es prestado con personal capacitado para el desarrollo de cada una de las labores a desarrollar; se realiza capacitación sobre Trabajo en equipo y comunicación asertiva. Se anexa TH-10 soporte de asistencia a capacitaciones	X				CD / Carpeta No. 3
4	Ceñir la ejecución de cada uno de los servicios requeridos, a los perfiles, cualidades y hojas de vida consolidados en la propuesta técnica allegada	para su verificación y cumplimiento se adjunta cuadro con distribución por áreas y horarios del personal.	X				CD / Carpeta No. 4
5	Ayudar a mantener el establecimiento en buen estado de aseo y salubridad	se realizan labores de aseo y limpieza	X				CD/Carpeta No. 1
6	Cuidado de los implementos muebles y enseres de las diferentes dependencias.	se realiza limpieza de muebles y enseres de cada una de las dependencias	X				CD/Carpeta No. 1
7	Ayudar con la evacuación de basuras	en las visitas de supervisión realizadas, se verifico el cumplimiento por parte del personal de aseo de la correcta disposición de los desechos generados.	X				CD/Carpeta No. 1
8	Las demás que le sean asignadas por parte del supervisor.	N/A				X	N/A

Estas casillas deben ser diligenciadas por el SUPERVISOR, previa verificación de los documentos o archivos magnéticos soporte del cumplimiento de la actividad.

(1).Se cumplió en su totalidad la actividad definida

(2).Se cumplió parcialmente la actividad definida y permite su cumplimiento total en los siguientes reportes

(3). Fue requerida la actividad, pero no se evidenció su realización en el periodo.

(4). No fue requerida para el periodo, luego no aplica reporte.

Nota: Adjuntar copia de la planilla de pagos a Seguridad Social y ARL validada por el SUPERVISOR mediante su firma.

Teniendo en cuenta que el contratista, cumplió durante el periodo de reporte con las actividades asignadas y las obligaciones contractuales, y que dicha información fue verificada por el respectivo SUPERVISOR es procedente efectuar el pago correspondiente.

FIRMA DEL CONTRATISTA
MARIA CATALINA MELENDEZ CAMARGO
Representante Legal
ADMINISTRA RAM LTDA

FIRMA DEL SUPERVISOR
MARIA ALEJANDRA PICO GAMA

ALCALDIA MUNICIPAL DE PAIPA - CONTRATO 314 DE 2022
DISTRIBUCIÓN PERSONAL
JULIO DE 2022

CEDULA	NOMBRE DEL TRABAJADOR	PUESTO DE TRABAJO	FIRMA	HORARIO
46.650.871	MARIA EMILIA BAEZ AGUDELO	ALCALDIA 2 PISO, DESARROLLO ECONOMICO, 3 PISO COMPLETO Y 4 PISO CONTRATACIÓN	Maria Emilia Baez	48 HORAS SEMANALES
40.027.944	MARIA NURY MOLINA ACOSTA	EDIFICIO ADMINISTRATIVO	Maria Molina	48 HORAS SEMANALES
1.053.604.635	AIDA KATERIN PUERTO SANCHEZ	TRANSITO Y SALUD (CENTRO DE CONVIVENCIA)	Aida Puerto	
23.854.843	MARIA DEL CARMEN CORREAL AVILA	CASA WAY AUDITORIOS SENA SALONES Y BAÑOS	Maria C.	48 HORAS SEMANALES
1.099.322.919	ANGELA PATRICIA RUIZ TAMAYO	CASA WAY AUDITORIOS SENA SALONES, BAÑOS, ESCALERAS TIC VILLA VIANEY, MARTES	Angela R.	48 HORAS SEMANALES
46.681.700	AURA ALICIA RODRIGUEZ DIAZ	CENTRO DE VIDA RAQUELITA OCHOA	Aura Alicia Rodriguez	48 HORAS SEMANALES
46.692.204	OLGA LUCIA SANA FRANKI	CENTRO DE VIDA RAQUELITA OCHOA	Olga Lucia Sana	48 HORAS SEMANALES
74.323.636	LIBARDO MATEUS FONSECA	CENTRO DE VIDA RAQUELITA OCHOA	Libardo Fonseca	48 HORAS SEMANALES
74.358.809	RODRIGO PAIPILLA CIPAGAUTA	CASA WAY, TIC THOMAS VASQUEZ, SENA PANTANO DE VARGAS CENTRO MINERO SECTOR SAN JOSE SALTRE ALTO CASA WAY, TIC VILLA VIANEY, TIC DEL BOTIQUE, SENA CENTRO DE CONVIVENCIA	Rodrigo Paipilla	48 HORAS SEMANALES
65.772.555	DORIS DAPIELA PORTELLA CAPILAZA	CENTRO DE CONVIVENCIA TIC THOMAS VASQUEZ - JUEVES	Doris Portella	48 HORAS SEMANALES
40.030.143	ANIA BERTILDE MENDOZA PEREZ	BIBLIOTECA PANTANO DE VARGAS - REFUEIRO ALCALDIA CENTRO MINERO SECTOR SAN JOSE SALTRE ALTO	Ania Bertilde Mendoza	48 HORAS SEMANALES
74.322.250	JAIRO ANTONIO AVELLANEDA QUINTERO	COUSEO, CENTRO DE ALTO RENDIMIENTO, ESCENARIOS DEPORTIVOS DE BATHOS Y VERDEAS FIESTA ATLETICA	Jairo Avellaneda	48 HORAS SEMANALES
23.857.625	DIANEI MATEUS CHACON	CDI REFUEIRO	Dianeí Mateus	48 HORAS SEMANALES
46.683.764	CRISTINA ISABEL MAYORGA CASTILLO	CENTRO DE VIDA CORREGIMINETO DE PALERMO	Cristina Mayorga	48 HORAS SEMANALES



DIANA MARCELA FONSECA ATARA
Coordinadora Contrato
Administra Ram Ltda.

OFICINA PRINCIPAL JUNJA

Diagonal 2da No. 68 IV Barrio Maldonado Montevideo 35 350989 - 317 4285446
Email: gerencia@administraram.com.co - Pagina web: www.administraram.com.co

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-46680671
NOMBRE EMPLEADO	MARIA EMILIA BAEZ AGUDELO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	8

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-40027944
NOMBRE EMPLEADO	MARIA NURI MOLINA ACOSTA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sh Inicio	Fecha Sh Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												1	8/07/22	8/07/22
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
1	33.334	0.1600000	\$ 5.400	\$ 0	\$ 0	\$ 5.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0
29	966.667	0.1600000	\$ 154.700	\$ 0	\$ 0	\$ 154.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
1	33.334	0.0400000	\$ 1.400	\$ 0		\$ 0		\$ 0
29	966.667	0.0400000	\$ 38.700	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
1	33.334	0.0000000	\$ 0	52
29	966.667	0.0104400	\$ 10.100	52

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
1	33.333	0.0000000	\$ 0	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0
29	966.667	0.0400000	\$ 38.700	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.100	\$ 40.100	\$ 10.100	\$ 38.700	\$ 249.000

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1053804638
NOMBRE EMPLEADO	AIDA KATERIN PUERTO SANCHEZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
															X	12/07/22	15/07/22											0		
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad da	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
4	133.334	0,1600000	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0
26	866.667	0,1600000	\$ 138.700	\$ 0	\$ 0	\$ 138.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
4	133.334	0,0400000	\$ 5.400	\$ 0		\$ 0		\$ 0
26	866.667	0,0400000	\$ 34.700	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
4	133.334	0,0000000	\$ 0	85
26	866.667	0,0104400	\$ 9.100	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
4	133.333	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0
26	866.667	0,0400000	\$ 34.700	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.100	\$ 40.100	\$ 9.100	\$ 34.700	\$ 244.000

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	N-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-23856868
NOMBRE EMPLEADO	MARIA DEL CARMEN CORREAL AVILA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar de Boyaca COMFASOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TOE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																											0			

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	Ni-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-1099322919
NOMBRE EMPLEADO	ANGELA PATRICIA RUIZ TAMAYO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1800000	\$ 180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 180.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-46681700
NOMBRE EMPLEADO	AURA ALICIA RODRIGUEZ DIAZ
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
											X																0			

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.150.000	0,1600000	\$ 184.000	\$ 0	\$ 0	\$ 184.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.150.000	0,0400000	\$ 46.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.150.000	0,0104400	\$ 12.100	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.150.000	0,0400000	\$ 46.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 184.000	\$ 46.000	\$ 12.100	\$ 46.000	\$ 288.100

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-46682204
NOMBRE EMPLEADO	OLGA LUCIA SANA FRANKI
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	COLFONDOS
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
											X																0			

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.150.000	0,1600000	\$ 184.000	\$ 0	\$ 0	\$ 184.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.150.000	0,0400000	\$ 46.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.150.000	0,0104400	\$ 12.100	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	1.150.000	0,0400000	\$ 46.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 184.000	\$ 46.000	\$ 12.100	\$ 46.000	\$ 288.100

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-960529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-74323638
NOMBRE EMPLEADO	LIBARDO MATEUS FONSECA
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	YST	SUN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860629223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-74358899
NOMBRE EMPLEADO	RODRIGO PAIPILLA CIPAGAUTA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inido	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inido	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inido	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inido	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inido	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-85772565
NOMBRE EMPLEADO	DORIS DARIELA PORTELA CARRANZA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin fin	IGE	Fecha Ige inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-890529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-40050143
NOMBRE EMPLEADO	ANA BERTILDE MENDOZA PEREZ
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensación Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988649
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0.1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0.0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0.0104400	\$ 10.500	8

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0.0400000	\$ 40.000	0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0	0.0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-74322260
NOMBRE EMPLEADO	JAIRO ANTONIO AVELLANEDA QUINTERO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vro Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot.Obligatoria	Tarifa	Cot.Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot.Obligatori
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-960529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACION EMPLEADO	CC-23857825
NOMBRE EMPLEADO	DIANET MATEUS CHACON
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	23988849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																											0			

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ADMINISTRA RAM LTDA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	NI-860529223
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-08-05
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-46683764
NOMBRE EMPLEADO	CRISTINA ISABEL MAYORGA CASTILLO
EPS	CAJACOPI ATLANTICO EPS
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar de Boyaca COMFABOY
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	Z398849
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	E
PERIODO PENSIÓN	2022-07
PERIODO SALUD	2022-08
TIPO COTIZANTE	Dependiente
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SUN	Fecha Sh Inicio	Fecha Sh Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.000.000	0,1600000	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.000.000	0,0104400	\$ 10.500	85

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatoria
30	1.000.000	0,0400000	\$ 40.000	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 160.000	\$ 40.000	\$ 10.500	\$ 40.000	\$ 250.500