

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                      |                           |                              | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 3146755                      | NÚMERO PLANILLA:               | 4470592975 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                      |                           | ELKIN HERNEY PRIETO MARTINEZ | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | noviembre AÑO             | 2022             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | CHAGUANI             | DEPARTAMENTO:             | CUNDINAMARCA                 | DÍAS DE MORA:                  |            | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES              |
| DIRECCIÓN:                                                                | CRA 5 #2 36 CHAGUANI | TELÉFONO:                 | 1000000                      | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2022/11/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9992067345       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE              |                                |            |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Otros trabajos de edición.   |                                |            |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                |                           |                              |                                |            |                           |                  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                           | NO                           |                                |            |                           |                  |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      |            |      |              |  |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|------------|------|--------------|--|
| ADMINISTRADORA          |                    | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP         |              | MORA       |      | TOTALES    |      |              |  |
| CÓDIGO                  | NOMBRE             |                |            | EMPLEADOR           | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA | VALOR PAGADO |  |
| 25-14                   | 25-14 COLPENSIONES | 1              | \$ 160.000 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 160.000 | \$ 0 | \$ 160.000   |  |
| SUBTOTALES:             |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 160.000 | \$ 0 | \$ 160.000   |  |

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             |            |            |           |              |
|-----------------------|------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA        |                  | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |             | MORA       |             | TOTALES    |            |           |              |
| CÓDIGO                | NOMBRE           |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA       | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017                | EPS017-FAMISANAR | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 125.000  |             | \$ 0       |             | \$ 0       | \$ 125.000 | \$ 0      | \$ 125.000   |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 125.000 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 125.000   |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             |           |      |           |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|---------------------|-------|----------------------|---------------|-------|-------------|-----------|------|-----------|--------------|
| ADMINISTRADORA                        |                                         | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP     |       |                      | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN | TOTALES   |      |           |              |
| CÓDIGO                                | NOMBRE                                  |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | APORTES   | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23                                 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 24.400   | \$ 24.400 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 24.400    |
| SUBTOTALES:                           |                                         |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 24.400 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 24.400    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                              |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |               |           |            |                  |             |           |          |                           |              |                  |          |           |            |             |            |                                         |       |           |            |                   |      |      |      |        |              |          |      |              |
|-------------------------------|----------------|------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|---------------|-----------|------------|------------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|------------------|----------|-----------|------------|-------------|------------|-----------------------------------------|-------|-----------|------------|-------------------|------|------|------|--------|--------------|----------|------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                              |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |     |     |     |     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    | SEGURO SOCIAL |           |            |                  |             |           |          |                           |              |                  |          |           |            |             |            |                                         |       |           |            | PARAFISCALES      |      |      |      |        |              |          |      |              |
| Nº                            | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES                      | TIPO COTIZANTE                                 | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP       | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN            |               |           |            | SEGURIDAD SOCIAL |             |           |          | SALUD                     |              |                  |          | ARP       |            |             | IBC        | CCF                                     |       |           |            |                   | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |              |          |      |              |
|                               |                |                              |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | ADMIN              | DÍAS COT      | IBC       | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA     | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN            | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES |            | TOTAL APORTE                            | ADMIN | DÍAS COT  | IBC        | CENTRO DE TRABAJO |      |      |      |        | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBI  | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 3146755     | PRIETO MARTINEZ ELKIN HERLEY | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS |                   | \$ 1.000.000   |                 |            |            | NO                 |     |     |     |     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 25-14 COLPENSIONES | 30            | 1.000.000 | \$ 160.000 | \$ 0             | \$ 0        | \$ 0      | \$ 0     | Normal                    | \$ 160.000   | EPS017-FAMISANAR | 30       | 1.000.000 | \$ 125.000 | \$ 0        | \$ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30    | 1.000.000 | \$ 3146755 | \$ 24.400         | \$ 0 |      | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0         | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0         |

TOTAL \$ 309.400