

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                        |                            |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA   | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | 71117106                                          |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                        | HECTOR OVIDIO ACOSTA MUÑOZ |                                                   |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | EL CARMEN DE VIBORAL   | DEPARTAMENTO:              | ANTIOQUIA                                         |
| DIRECCIÓN:                                                                | CR 30 20 58 BRR OSPINA | TELÉFONO:                  | 5436644                                           |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE       | CLASE APORTANTE:           | I-INDEPENDIENTE                                   |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                | ACTIVIDAD ECONOMICA:       | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                  |                            |                                                   |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                        |                            | NO                                                |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |            |                           |                  |            |
|--------------------------------|------------|------------|---------------------------|------------------|------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 4488073118 |            | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |            |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | abril AÑO  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES              | abril AÑO  |
| DÍAS DE MORA:                  |            | 2023       |                           |                  | 2023       |
|                                |            | 0          |                           |                  |            |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       |            | 2023/04/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |                  | 9993823539 |

| 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 |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 185.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |

| 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 |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 145.000  |             | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 145.000 | \$ 0      | \$ 0         |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 145.000 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 145.000   |

| 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 |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 12.200   | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                        |                |                  |                  |
|-----------------------------------------------|------------------------|----------------|------------------|------------------|
| ADMINISTRADORA                                |                        | No. COTIZANTES | TOTALES          |                  |
| CÓDIGO                                        | NOMBRE                 |                | APORTES          | VALOR PAGADO     |
| CCF04                                         | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 1              | \$ 23.200        | \$ 23.200        |
| <b>SUBTOTALES:</b>                            |                        |                | <b>\$ 23.200</b> | <b>\$ 23.200</b> |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                 |          |           |            |                  |             |                     |          |                           |              |                                  |          |           |            |             |              |                  |       |           |               |           |      |           |      |                   |              |          |      |              |          |     |              |              |              |              |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|------------|------------------|-------------|---------------------|----------|---------------------------|--------------|----------------------------------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|------------------|-------|-----------|---------------|-----------|------|-----------|------|-------------------|--------------|----------|------|--------------|----------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD 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 | FSP              |             | APORTES VOLUNTARIOS |          | 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 | IBC  | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
|                               |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                 |          |           |            | SUBSISTENCIA     | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR           | EMPLEADO |                           |              |                                  |          |           |            |             |              |                  |       |           |               |           |      |           |      |                   |              |          |      |              |          |     |              |              |              |              |
| 1                             | CC 71117106    | ACOSTA MUÑOZ HECTOR OVIDIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.160.000   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230301-PORVENIR | 30       | 1.160.000 | \$ 185.600 | \$ 0             | \$ 0        | \$ 0                | \$ 0     | Normal                    | \$ 185.600   | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30       | 1.160.000 | \$ 145.000 | \$ 0        | \$ 145.000   | 14-11 - ARL SURA | 30    | 1.160.000 | \$ 71.117.106 | \$ 12.200 | 30   | 1.160.000 | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0         | \$ 0     | \$ 0 | \$ 0         |          |     |              |              |              |              |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 366.000</b> |
|--------------|-------------------|

| 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 |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 185.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |

| 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 |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 145.000  |             | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 145.000 | \$ 0      | \$ 0         |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 145.000 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 145.000   |

| 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 |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 12.200   | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                        |                |                  |                  |
|-----------------------------------------------|------------------------|----------------|------------------|------------------|
| ADMINISTRADORA                                |                        | No. COTIZANTES | TOTALES          |                  |
| CÓDIGO                                        | NOMBRE                 |                | APORTES          | VALOR PAGADO     |
| CCF04                                         | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 1              | \$ 23.200        | \$ 23.200        |
| <b>SUBTOTALES:</b>                            |                        |                | <b>\$ 23.200</b> | <b>\$ 23.200</b> |

[illegible]

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 366.000</b> |
|--------------|-------------------|

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                        |                            |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA   | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | 71117106                                          | NÚMERO PLANILLA:               | 4496818513 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                        | HECTOR OVIDIO ACOSTA MUÑOZ |                                                   | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |                  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | EL CARMEN DE VIBORAL   | DEPARTAMENTO:              | ANTIOQUIA                                         | DÍAS DE MORA:                  | 2023       |                           | 2023             |
| DIRECCIÓN:                                                                | CR 30 20 58 BRR OSPINA | TELÉFONO:                  | 5436644                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 0          | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9994511077       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE       | CLASE APORTANTE:           | I-INDEPENDIENTE                                   |                                | 2023/06/02 |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                | ACTIVIDAD ECONOMICA:       | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                                |            |                           |                  |
| 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 |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 185.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |

| 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 |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 145.000  |             | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 145.000 | \$ 0      | \$ 0         |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 145.000 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 145.000   |

| 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 |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 12.200   | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                        |                |                  |                  |
|-----------------------------------------------|------------------------|----------------|------------------|------------------|
| ADMINISTRADORA                                |                        | No. COTIZANTES | TOTALES          |                  |
| CÓDIGO                                        | NOMBRE                 |                | APORTES          | VALOR PAGADO     |
| CCF04                                         | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 1              | \$ 23.200        | \$ 23.200        |
| <b>SUBTOTALES:</b>                            |                        |                | <b>\$ 23.200</b> | <b>\$ 23.200</b> |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                 |          |           |            |              |                  |                     |          |                           |              |                                  |          |           |            |             |              |                  |          |           |                   |           |     |              |                        |           |      |      |      |        |              |              |              |              |
|-------------------------------|----------------|----------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------|----------|-----------|------------|--------------|------------------|---------------------|----------|---------------------------|--------------|----------------------------------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|------------------|----------|-----------|-------------------|-----------|-----|--------------|------------------------|-----------|------|------|------|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD 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          |                  |          |           |                   | DÍAS COT  | IBC | CCF          |                        |           | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |              |              |              |              |
|                               |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN           | DÍAS COT | IBC       | COTIZACIÓN | FSP          |                  | APORTES VOLUNTARIOS |          | 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               | IBC       |      |      |      |        | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
|                               |                |                            |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |                 |          |           |            | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD      | EMPLEADOR           | EMPLEADO |                           |              |                                  |          |           |            |             |              |                  |          |           |                   |           |     |              |                        |           |      |      |      |        |              |              |              |              |
| 1                             | CC 71117106    | ACOSTA MUÑOZ HECTOR OVIDIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 1.160.000   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | 230301-PORVENIR | 30       | 1.160.000 | \$ 185.600 | \$ 0         | \$ 0             | \$ 0                | \$ 0     | Normal                    | \$ 185.600   | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30       | 1.160.000 | \$ 145.000 | \$ 0        | \$ 145.000   | 14-11 - ARL SURA | 30       | 1.160.000 | \$ 71.117.106     | \$ 12.200 | 30  | 1.160.000    | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | \$ 23.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0   | \$ 0         |              |              |              |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 366.000</b> |
|--------------|-------------------|

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                        |                            |                                                   | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA   | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:  | 71117106                                          | NÚMERO PLANILLA:               | 4502093782 | TIPO DE PLANILLA:         | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                        | HECTOR OVIDIO ACOSTA MUÑOZ |                                                   | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | 2023             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | EL CARMEN DE VIBORAL   | DEPARTAMENTO:              | ANTIOQUIA                                         | DÍAS DE MORA:                  | 0          |                           |                  |
| DIRECCIÓN:                                                                | CR 30 20 58 BRR OSPINA | TELÉFONO:                  | 5436644                                           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2023/07/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 9994866553       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE       | CLASE APORTANTE:           | I-INDEPENDIENTE                                   |                                |            |                           |                  |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                | ACTIVIDAD ECONOMICA:       | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |                                |            |                           |                  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | UNICO                  |                            |                                                   |                                |            |                           |                  |
| 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 |
| 230301                  | 230301-PORVENIR | 1              | \$ 185.600 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |
| SUBTOTALES:             |                 |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 185.600 | \$ 0 | \$ 185.600   |

| 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 |
| EPS010                | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 145.000  |             | \$ 0       | \$ 0        | \$ 0       | \$ 145.000 | \$ 0      | \$ 0         |
| SUBTOTALES:           |                                        |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 145.000 | \$ 0       | \$ 0      | \$ 145.000   |

| 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 |
| 14-11                                 | 14-11 - ARL SURA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 12.200   | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |
| SUBTOTALES:                           |                  |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 12.200 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 12.200    |

| TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |                        |                |           |      |              |
|-----------------------------------------------|------------------------|----------------|-----------|------|--------------|
| ADMINISTRADORA                                |                        | No. COTIZANTES | TOTALES   |      |              |
| CÓDIGO                                        | NOMBRE                 |                | APORTES   | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF04                                         | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 1              | \$ 23.200 | \$ 0 | \$ 23.200    |
| SUBTOTALES:                                   |                        |                | \$ 23.200 | \$ 0 | \$ 23.200    |

[illegible]

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 366.000</b> |
|--------------|-------------------|



Municipio  
El Carmen de Viboral

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL  
EL CARMEN DE VIBORAL - ANTIOQUIA  
NIT: 890.982.616-9



## NOTA ACLARATORIA

**SECRETARIA DE DEPORTES Y RECREACIÓN. Julio 31 de 2023.** Por medio del presente documento hago saber, que se adjunta las “**Planillas del pago de seguridad social**”, toda vez que, por error involuntario, no se adjuntaron todas. En consecuencia, se realiza la respectiva corrección y se adjunta el documento con la presente nota aclaratoria. Lo anterior, para los respectivos fines pertinentes.

Atentamente.

*Andrés V.*

**Andrés Villegas Moncada**  
Supervisor del Contrato

Parque Principal Calle 31 N° 30- 06 – Teléfono: 543-2000 Fax: 543-21-16  
Código Postal: 054030

E-mail: [alcaldia@elcarmendeviboral-antioquia.gov.co](mailto:alcaldia@elcarmendeviboral-antioquia.gov.co), web:  
[www.elcarmendeviboral-antioquia.gov.co](http://www.elcarmendeviboral-antioquia.gov.co)



SC-CER277872

