

DATOS DEL APORTANTE	
TIPO	NÚMERO
CC	1018460203
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE
UNICA	I - Independiente
NOMBRE APORTANTE	
PAOLA ALEJANDRA ROSERO GOYES	
DIRECCIÓN	
CALLE 95 No 102-61 int. 3 apto. 102	
TELÉFONO	
4738037	
CORREO	
ALEJANDRA0314@OUTLOOK.ES	
CIUDAD / MUNICIPIO	
BOGOTÁ D.C.	
EXOMERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
SI	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
						EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					1	0
2023-08	2023-08		I	15/08/2023	70095162	TOTAL A PAGAR \$415 700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización 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					
EPS008	Compañía EPS	860066942-7	187 500	0		0		0	0	0	0	187 500	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código APP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Aliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (IN3 + Proteccion)	800226739-0	214 400	0	0	0	0	0	0		214 400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Coización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Coización	Subtotal Coización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	960011153-6	7.000				7.000	0	0	7.000			70	7.000	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº. Afiliados
CCF22	Colubedio	990007330-1	25.800	0	0	25.800	1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SEMA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTAL ES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	167 500	167 500
Pensión	1	214 400	214 400
Riesgos Laborales	1	7 000	7 000
CCF	1	26 800	26 800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	415 700	415 700

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	
CC	101848273	PAOLA ANDRADA ROSERO GOYES		CALLE 98 No102-81 int 3 tipo 102	4739037	ALEJANDRAGAS19@OUTLOOK ES	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Inadecuante			BOGOTA D C	BOGOTA D C		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2023.09	2023.08	1	15/08/2023	70095162	\$415 700

ETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
103455930

Destino de pago
COMPENSAR-01

Motivo
MiPlanilla.com Pago Protección Social

Fecha
15/08/2023

Número de aprobación
00455930

Dirección IP
181.56.52.213

Valor transacción
\$ 415.700,00

Referencia 2
CC

Referencia 3
1018460203

Referencia 1
181.56.52.213