

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                          |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1015465511        | EMILY CASTAÑEDA PUENTES |        | Calle 47B SUR # 81G - 03 | 3045850252         | emily.cp@outlook.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                         |        |                          |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                         |        |                          |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLÉADOS    UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1            0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR    |
| 2023-07              | 2023-07                           | I             | 25/08/2023               | 69135784        | \$338.800        |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 145.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 22        | 3.600                 | 0              | 148.600       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 185.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 22        | 4.600                 | 0              | 190.200       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|---------------|--------|--|--|--|--|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |
|               |        |  |  |  |  |     |              |           |                   |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 145.000                             | 148.600        |
| Pensión                | 1                              | 185.600                             | 190.200        |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0              |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>2</b>                       | <b>330.600</b>                      | <b>338.800</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                         |        |                          |                    |                      |
|---------------------|-------------------|-------------------------|--------|--------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE        |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                  | 1015465511        | EMILY CASTAÑEDA PUENTES |        | Calle 47B SUR # 81G - 03 | 3045850252         | emily.cp@outlook.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL         | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA               | I – Independiente |                         |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
|                     |                   |                         |        |                          |                    | SI                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-07              | 2023-07                           | I             | 25/08/2023               | 69135784        | \$338.800 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                         |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |                        |                   |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |  |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------------------|-------------------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                         |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    | SALUD    |           |                        | RIESGOS LABORALES |         |                 |            | CCF        |         |            | PARAFISCALES           |             |             |             |            |  |   |   |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres     | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IDE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL          | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |  |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                     | CC   | 1015465511            | CASTAÑEDA PUENTES EMILY | 3         | 0       | N         |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 230301   | 1.160.000 | 185.600                | 0                 | 0       | 0               | 0          | 0          | EPS017  | 1.160.000  | 145.000                |             | 0           |             | 0          |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA