

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |               |                           |                           |           | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |             |       |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------|-----------|--------------------------------|------------|---------------------------|-------------|-------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT           | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |                           | 900020282 | NÚMERO PLANILLA:               | 7927939651 | TIPO DE PLANILLA:         | E-EMPLEADOS |       |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |               | DISTRIBUCIONES RBR SAS    |                           |           | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       | MES        | mayo                      | AÑO         | 2024  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | VALLEDUPAR    | DEPARTAMENTO:             | CESAR                     |           | DÍAS DE MORA:                  | 0          | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES         | junio |
| DIRECCIÓN:                                                                | SECTOR 1 MZ 4 | TELÉFONO:                 | 5819090                   |           | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/06/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 721215123   |       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR  | CLASE APORTANTE:          | B-MENOS DE 200 COTIZANTES |           |                                |            |                           |             |       |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA       | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Fabricación de muebles.   |           |                                |            |                           |             |       |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO         |                           |                           |           |                                |            |                           |             |       |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |               |                           |                           | SI        |                                |            |                           |             |       |