

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069749812		MURCIA BOLIVAR YENNIFER TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ccl 9 b # 1A -26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8716300	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	813887798	9470833085	I	2024/08/05	2024/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	\$635,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES						
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$2,053,284	\$328,600			\$2,053,284	\$256,700			\$0	\$0			\$2,053,284	\$50,100		\$0	\$0	\$635,400	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$2,053,284	\$328,600			\$2,053,284	\$256,700			\$0	\$0			\$2,053,284	\$50,100		\$0	\$0	\$635,400	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							\$2,053,284	\$328,600			\$2,053,284	\$256,700			\$0	\$0			\$2,053,284	\$50,100		\$0	\$0	\$635,400	
1	CC	1069749812	MURCIA	YENNIFER					X											230301	30	\$2,053,284	\$328,600	EPS037	30	\$2,053,284	\$256,700		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,053,284	2.436%	\$50,100	0	\$0	\$0	No	\$635,400
Total Afiliados(1)																							\$2,053,284	\$328,600			\$2,053,284	\$256,700			\$0	\$0			\$2,053,284	\$50,100		\$0	\$0	\$635,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069749812		MURCIA BOLIVAR YENNIFER TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ccl 9 b # 1A -26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8716300	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	813887798	9470833085	I	2024/08/05	2024/08/01	BANCO DAVIVIENDA	0	\$635,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$328,600	\$0	\$0	\$328,600
PORVENIR	230301		800,224,808	8	1	\$328,600	\$0	\$0	\$328,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$50,100	\$0	\$0	\$50,100
ARL SURA	14-11		890,903,790	5	1	\$50,100	\$0	\$0	\$50,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$256,700	\$0	\$0	\$256,700
NUEVA E.P.S.	EPS037		900,156,264	2	1	\$256,700	\$0	\$0	\$256,700
TOTAL					1	\$635,400	\$0	\$0	\$635,400

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	39544660	ROSA DEL PILAR PRIETO BERMUDEZ		CALLE 63F 72-55 TORRE 7 APTO 404	3192338318	pilarprietopp@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	26/06/2024	78207863	\$537.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	217.000	0		0		0	0	0	217.000	1	

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
231001	Colfondos	800227940-6	277.800	0	0	0	0	0	0		277.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.300				42.300	0	0	42.300			423	42.300	1

TOTALES CAJAS				Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
Código CCF	Nombre	NIT	Valor 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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	217.000	217.000
Pensión	1	277.800	277.800
Riesgos Laborales	1	42.300	42.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	537.100	537.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39544660	ROSA DEL PILAR PRIETO BERMUDEZ		CALLE 63F 72-55 TORRE 7 APTO 404	3192338318	pilarprietopp@gmail.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
						NO

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
2024-06	2024-06	I	26/06/2024	78207863	10
					TOTAL A PAGAR
					\$537.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	39544660	PRIETO BERMUDEZ ROSA DEL PILAR				57	0		N																	231001	1.735.900	277.800	0	0	0	0	EPS008	1.735.900	217.000	14-23	1.735.900	3	42.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	815825613	9470709088	I	2024/08/12	2024/08/01	NEQUI	0	\$558,10

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AER (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$288.600	\$0	\$0	\$288.600

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-26, 12:03:30 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 72269897
Periodo Cotización 202407 Periodo Servicio 202407

PAGADA 2024-07-26 12:02:00.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER ANDREA RODRIGUEZ MORENO				
Documento	CC 1069741489		Dirección	CL 2A SUR #73 A - 45	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	2733311	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1069741489		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				RODRIGUEZ MORENO JENNIFER ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales										
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPTS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				\$ 4.399.000	230301	16 %	\$ 4.399.000	\$ 703.900	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 4.399.000	\$ 549.900	\$ 0	14-23	3	2,436 %	\$ 4.399.000	\$ 107.200	NIN-CC	0%	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	COLSANITAS SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 703.900	\$ 0	\$ 0	\$ 549.900	\$ 107.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																															
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF													
CC 53077102			POVEDA TRIBALDOS YOLANDA				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL		CRA 68 # 24 A 61		FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA		5555555	No													
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																															
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																			
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor												
2024-07		2024-07		793051096		9470068124		I		2024/08/02		2024/07/22		NEQUI			0		\$544,500												
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																															
EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES							
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	53077102	POVEDA TRIBALDOS YOLANDA																			25-14	30	EP5005	30		0	14-23	30	0	No
Total		Afiliados(1)																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53077102		POVEDA TRIBALDOS YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 68 # 24 A 61	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	793051096	9470068124	I	2024/08/02	2024/07/22	NEQUI	0	\$544,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000	
TOTAL				1	\$544,500	\$0	\$0	\$544,500	



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-26, 12:03:30 p. m. Tipo Planilla | Número Planilla 72270394
Periodo Cotización 202407 Periodo Servicio 202407

PAGADA 2024-07-26 12:02:00.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ELIANA KATHERINE AYALA MARTINEZ				
Documento	CC 1069741489		Dirección	Calle 26 n 5 a 63	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	31312634794	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1069730482		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				ELIANA KATHERINE AYALA MARTINEZ	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales										
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP				Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0						16 %	\$ 4.399.000	\$ 703.900	\$ 0	\$ 0	EPS017		12,5 %	\$ 4.399.000	\$ 549.900	\$ 0	14-23	3	2,350 %	\$ 4.399.000	\$ 107.200	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	COLSANITAS SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 703.900	\$ 0	\$ 0	\$ 549.900	\$ 107.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069720855	VIVIANA PAOLA DIAZ LINARES		kr 1 a 15 a 31 los robles	3203310974	vipol0920@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-07	2024-07	I	25/07/2024	78907916	\$510.800
TOTAL A PAGAR					

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	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.800	510.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069720855	VIVIANA PAOLA DIAZ LINARES		kr 1 a 15 a 31 los robles	3203310974	vipol0920@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	25/07/2024	78907916	\$510.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1069720855	DIAZ LINARES VIVIANA PAOLA				57	0			N																230301	1.759.890	281.600	0	0	0	0	EPS017	1.759.890	220.000	14-11	1.759.890	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1108934060	ROSNIRA ZULAY ROJAS VARGAS		carrera 9 n 5-22	5555500	tszulayrojas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-07	2024-07	I	26/07/2024	78907726	\$544.500

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	220.000	0		0		0	0	0	0	220.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	281.600	0	0	0	0	0	0		281.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.900				42.900	0	0	42.900			429	42.900	1

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.000	220.000
Pensión	1	281.600	281.600
Riesgos Laborales	1	42.900	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	544.500	544.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1108934060	ROSNAIRA ZULAY ROJAS VARGAS		carrera 9 n 5-22	5555500	tszulayrojas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	26/07/2024	78907726	10
					TOTAL A PAGAR
					\$544.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	BLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1108934060	ROJAS VARGAS ROSNAIRA ZULAY	59	0			N																	230201	1.760.000	281.600	0	0	0	0	EPS005	1.760.000	220.000	14-23	1.760.000	3	42.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500
SUBTOTALES:									\$ 162.500				\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500

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	\$ 6.800	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 6.800
SUBTOTALES:								\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 6.800	

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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																						
1	CC 39618241	SANCHEZ TRUJILLO CLARA EUGENIA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	REQ CUM PENS	\$ 1.300.000			NO																					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			\$ 0	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.300.000	\$ 39618241	\$ 6.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 169.300
--------------	-------------------

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 57.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 57.500	\$ 0	\$ 0	\$ 57.500
SUBTOTALES:									\$ 57.500				\$ 57.500	\$ 0	\$ 0	\$ 57.500

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	\$ 2.400	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 2.400
SUBTOTALES:									\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 2.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACION	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				
1	CC 39618241	SANCHEZ TRUJILLO CLARA EUGENIA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	REQ CUMPLE PENS	\$ 1.300.000				NO						A															\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.300.000	\$ 39618241	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
2	CC 39618241	SANCHEZ TRUJILLO CLARA EUGENIA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	REQ CUMPLE PENS	\$ 1.300.000				NO						C		01-30													\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.759.600	\$ 220.000	\$ 0	\$ 220.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.759.600	\$ 39618241	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
3	CC 39618241	SANCHEZ TRUJILLO CLARA EUGENIA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	REQ CUMPLE PENS	\$ 1.300.000				NO						R		01-30													\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EPS008-COMPENSAR	0	\$ 459.600	\$ 57.500	\$ 0	\$ 57.500	14-11 - ARL SURA	0	\$ 459.600	39618241	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL	\$ 59.900
--------------	------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094271384		ALVAREZ NIÑO WENDY YULANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 # 10 17 ED ALTO COGURDE APTO 401	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3007675999	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	827547784	9471089963	I	2024/08/22	2024/08/06	BANCO DAVIVIENDA	\$544,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte		Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0		\$544,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0		\$544,500
Ciudad: FUSAGASUGA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																							\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0		\$544,500
1	CC	1094271384	ALVAREZ WENDY								X									230301	30	\$1,759,890	\$281,600	EPS017	30	\$1,759,890	\$220,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,759,890	2.436%	\$42,900	0	\$0	\$0	No	\$544,500
Total Afiliados(1)																							\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0		\$544,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094271384		ALVAREZ NIÑO WENDY YULANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 # 10 17 ED ALTO COGURDE APTO 401	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3007675999	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	827547784	9471089963	I	2024/08/22	2024/08/06	BANCO DAVIVIENDA	\$544,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000
TOTAL				1	\$544,500	\$0	\$0	\$544,500



RAZÓN SOCIAL :	JUAN PABLO HURTADO VASQUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1069754249
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-07-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-13
FECHA DE PAGO:	2024-07-26
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30536402
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30536402
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.759.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 220.000	\$ 220.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.759.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.600	\$ 281.600
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	\$ 1.759.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900	\$ 42.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 544.500	\$ 544.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/09/2024
----------------------------------	------------

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:		1045724929					NÚMERO PLANILLA:		7931924146					TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		LETICIA		DEPARTAMENTO:		DARLING PAOLA BELLO ACOSTA					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		julio AÑO		2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		julio AÑO		2024	
CIUDAD/MUNICIPIO:		KRA:8 A # 4-51A		TELÉFONO:		6929591					DÍAS DE MORA:		0		2024/07/25		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		798988802							
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/25													
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per																				
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																								
FORMA DE PRESENTACIÓN:																										
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
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 83.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 83.200	\$ 0	\$ 83.200
SUBTOTALES:										\$ 83.200	\$ 0	\$ 83.200

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 65.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 65.000	\$ 0	\$ 0	\$ 65.000
SUBTOTALES:													\$ 65.000	\$ 0	\$ 0	\$ 65.000

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
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 12.700	\$ 12.700	\$ 0	\$ 0	\$ 12.700
SUBTOTALES:									\$ 12.700	\$ 0	\$ 0	\$ 12.700

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					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	ADMIN
1	CC 1045724929	BELLO ACOSTA DARLING PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.759.890			NO		12						01-12										230201-PROTECCIÓN	12	\$ 520.000	\$ 83.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 83.200	EPS037-NUEVA EPS	12	\$ 520.000	\$ 65.000	\$ 0	\$ 65.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	12	\$ 520.000	104572492	\$ 12.700		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 160.900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007477043		ARBOLEDA LEON ISABELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 15 # 10 BIS 13 SAN MARTIN	SIBATE-CUNDINAMARCA	3229087687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	826908832	9471040660	I	2024/08/13	2024/08/06	NEQUI	\$544,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0	
Ciudad: SIBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0	
1	CC	1007477043	ARBOLEDA ISABELLA	230201	30	\$1,759,890	\$281,600	EPS005	30	\$1,759,890	\$220,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,759,890	\$42,900	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,759,890	\$281,600			\$1,759,890	\$220,000			\$0	\$0			\$1,759,890	\$42,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1007477043		ARBOLEDA LEON ISABELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 15 # 10 BIS 13 SAN MARTIN	SIBATE-CUNDINAMARCA	3229087687	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	826908832	9471040660	I	2024/08/13	2024/08/06	NEQUI	\$544,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$281,600	\$0	\$0	\$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,900	\$0	\$0	\$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$220,000	\$0	\$0	\$220,000
TOTAL				1	\$544,500	\$0	\$0	\$544,500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069748878	DIANA MARILUZ CAJAMARCA CAJAMARCA		avenida ocobos finca el algibe	7942622	dc178362@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-07	2024-07	I	22/07/2024	78827424	\$377.300
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069748878	DIANA MARILUZ CAJAMARCA CAJAMARCA		avenida ocobos finca el algibe	7942622	dc178362@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
						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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	22/07/2024	78827424	\$377.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1069748878	CAJAMARCA CAJAMARCA DIANA MARILUZ	59	0		N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	55143993	AMIRA MOSQUERA		chinauta fusagasuga	7942622	dc178362@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	10/07/2024	78591973	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$169.300

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

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	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	169.300	169.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	55143993	AMIRA MOSQUERA		chinauta fusagasuga	7942622	dc178362@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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
2024-07	2024-07	I	10/07/2024	78591973	\$169.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	55143993	MOSQUERA AMIRA				57	3			N																		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11378022	CLODOMIRO ROJAS RODRIGUEZ		carrera 3 # 11-15	0318730308	johanarojas306@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-07	2024-07	I	29/07/2024	78912474	TOTAL A PAGAR
					\$169.300

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	

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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11378022	CLODOMIRO ROJAS RODRIGUEZ		carrera 3 # 11-15	0318730308	johanarojas306@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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
2024-07	2024-07	I	29/07/2024	78912474	10
					TOTAL A PAGAR
					\$169.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	11378022	ROJAS RODRIGUEZ CLODOMIRO				57	2		N																			0	0	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-4	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069731575		GOMEZ MORALES SANDRA MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 4b #24-29	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3025136139	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	817627531		9470682167	I	2024/08/20	2024/08/02	NEQUI	\$427,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1069731575	GOMEZ SANDRA	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS017	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$56,600	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$56,600		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$56,600	\$0	\$0	\$56,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$56,600	\$0	\$0	\$56,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$427,100	\$0	\$0	\$427,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003519824		NIÑO RODRIGUEZ JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRASVERSAL 12 NO 16B -40	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8866850	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	38148871	9470236865	I	2024/08/08	2024/07/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES								
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
1	CC	1003519824	NIÑO JUAN																		230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS017	30	\$1,300,000	\$162,500		0		\$0		\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700	0		\$0	\$0	No	\$402,200
Total Afiliados(1)																						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500				\$0		\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0			\$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1003519824		NIÑO RODRIGUEZ JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 12 NO 16B -40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8866850	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	38148871	9470236865	I	2024/08/08	2024/07/25	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	25/07/2024	78905741	\$427.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	56.600				56.600	0	0	56.600			566	56.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	56.600	56.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	427.100	427.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	2965823	CARLOS FERNEDY ORTIZ DUQUE		vereda san miguel	7942622	carlosfernedy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ARBELÁEZ	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-07	2024-07	I	25/07/2024	78905741	\$427.100

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	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	2965823	ORTIZ DUQUE CARLOS FERNEDY				57	0		N																		230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	4	56.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39614259		PEÑA AVILA LIGIA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 10 # 5-20	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3101010	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	30317895		9470599401	I	2024/08/15	2024/07/30	BANCO DE OCCIDENTE	\$220,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES						
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte		Codigo	Días	IBC	Aporte		Codigo	Días	IBC	Aporte		Días	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$0	\$0				\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000	\$26,000				\$1,300,000	\$31,700		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$0	\$0				\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000	\$26,000				\$1,300,000	\$31,700		
Ciudad: FUSAGASUGA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)							\$0	\$0				\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000	\$26,000				\$1,300,000	\$31,700		
1	CC	39614259		PEÑA LIGIA			0	\$0	\$0		EPS037	30	\$1,300,000	\$162,500		CCF22	30	\$1,300,000	\$26,000		14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	
Total Afiliados(1)							\$0	\$0				\$1,300,000	\$162,500				\$1,300,000	\$26,000				\$1,300,000	\$31,700		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39614259		PEÑA AVILA LIGIA INES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 10 # 5-20	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3101010	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	30317895		9470599401	I	2024/08/15	2024/07/30	BANCO DE OCCIDENTE	\$220,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$220,200	\$0	\$0	\$220,200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1069715858		CASTRO BERMUDEZ NELSY CONSUELO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2A N 2-41	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	8816470	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	730974996	9469146553	I	2024/08/09	2024/07/26	NEQUI	0	\$420,400

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
SURA	14-11	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,200	\$0	\$0	\$18,200
CAFAM	CCF21	860,007,336	1	1	\$18,200	\$0	\$0	\$18,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$420,400	\$0	\$0	\$420,400