

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 10010966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: LUIS FERNANDO ARIAS PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO: PEREIRA DEPARTAMENTO: RISARALDA
DIRECCIÓN: KILOMETRO 6 VIA FINCA TELÉFONO: 2222222
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7932099688 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN MES: julio PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2024 SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2024/07/31 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 812437246

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

										TOTALES	
										COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 281.600
SUBTOTAL:			1	\$ 281.600

SALUD

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 220.000
SUBTOTAL:			1	\$ 220.000

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 9.200
SUBTOTAL:			1	\$ 9.200

VALOR SIN MORA: \$ 510.800

VALOR MORA: \$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 510.800



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 3.000.000	\$ 1.300.000

PENSION	\$ 208.000
---------	------------

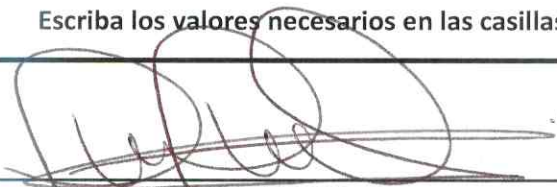
SALUD	\$ 162.500
-------	------------

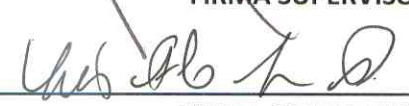
ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	\$ 6.786

\$ 377.286
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.


FIRMA SUPERVISOR


FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que SI ☒ **NO X** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.