

RAZÓN SOCIAL :	GIOVANA JAILEN LEON ALVAREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1033684367
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-01-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-01-20
FECHA DE PAGO:	2025-01-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-12
PERÍODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	8634536832
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8647232759
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	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 400	\$ 162.500	\$ 162.900
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 400	\$ 208.000	\$ 208.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 6.800	\$ 6.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 900	\$ 377.300	\$ 378.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/02/2025
----------------------------------	------------

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	GIOVANA JAILEN LEON ALVAREZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1033684367
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2025-01-21
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-1033684367
NOMBRE EMPLEADO	GIOVANA JAILEN LEON ALVAREZ
EPS	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	PROTECCION (ING+PROTECCION)
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8634560039
REFERENCIA PAGO(PIN)	8647232759
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2025-01
PERÍODO SALUD	2025-01
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1841201
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin Inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.423.500	0,1600000	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.423.500	0,1250000	\$ 178.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.423.500	0,0052200	\$ 7.500	800

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot. Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 7.500	\$ 0	\$ 413.300