

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1010161682	SANDRA MILENA VERA BUSTOS	CRA 6 ESTE 9A 13	7123635	samilevebu@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLÉADOS	UPC			
					1	0			
					TOTAL A PAGAR				
PERIODO SALUD	2025-01	2025-01	07/02/2025	84035184	\$162.200				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	65.300	0		0		0	0
									65.300
									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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224806-8	83.600	0	0	0	0	0	0	0	83.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas								
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.800					2.800	0	0	2.800	28	2.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	10.500	0	0	10.500	1

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	65.300	65.300	65.300
Pensión	1	83.600	83.600	83.600
Riesgos Laborales	1	2.800	2.800	2.800
CCF	1	10.500	10.500	10.500
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	162.200	162.200	162.200

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1010161682	SANDRA MILENA VERA BUSTOS	CRA 6 ESTE 9A 13	7123635	samilevebu@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)		NÚMERO PLANILLA	
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES						TOTAL A PAGAR	
2025-01		2025-01		I		07/02/2025		84035184	
								\$162.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Com. exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	WST	SLN	IDE	LMN	VAC	VAF	VCT	RR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Código CCF	Aporte IBC CCF	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	1010161682	VERA BUSTOS SANDRA MILENA	59	0	N	X															230301	521.950	83.600	0	0	0	0	0	EPS008	521.950	65.300	14-23	521.950	1	2.800	CCF21	521.950	10.500	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010161682	SANDRA MILENA VERA BUSTOS	CRA 6 ESTE 9A 13	7123635	samilevebu@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
84035184	07/02/2025				EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	N	19/02/2025	84288509	\$21.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	8.700	0		0		0	
									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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224806-8	11.100	0	0	0	0	0	0	0	8.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado	Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	300	No. Autorización	Valor	Aportes Sistemas		300	0	0	0	300				3	300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	1.400	0	0	1.400	1

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	8.700	8.700	
Pensión	1	11.100	11.100	
Riesgos Laborales	1	300	300	
CCF	1	1.400	1.400	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	21.500	21.500	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010161682	SANDRA MILENA VERA BUSTOS		CRA 6 ESTE 9A 13	7123635	samilevebu@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
84035164	07/02/2025				1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				0
2025-01	2025-01	N	19/02/2025	84298509	TOTAL A PAGAR
					\$21.500

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Excluyente	Columna excluida	INGO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IDE	LMA	A/P	R/L	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. IRL	IBC ARL	Cotización Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	101016182	VERA BUSTOS SANDRA MILENA	59	0	N	X	N	X	N	X	N	X	N	X	N	X	N	X	230301	591,253	94,700	0	0	0	0	0	0	EPS3008	591,253	74,000	14,23	591,253	1	3,100	CCF21	591,253	11,900	0	0	0	0