FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ

CONTROL APORTES LEGALES Y SEGURIDAD SOCIAL CONTRATO DE INTERVENTORÍA

FECHA DE ELABORACION: 3/07/2024

ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ

CONTRATO DE OBRA No: COP-452-2023

CONTRATISTA: CONSORCIO GHW SUMAPAZ

OBJETO:

CONTRATAR LAS OBRAS REQUERIDAS PARA LA OPTIMIZACIÓN, MEJORAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE TRATAMIENTO DE AGUAS RESIDUALES PROVENIENTES DE LA LOCALIDAD DE SUMAPAZ, BOGOTÁ D.C

PERIODO DE COTIZACION APORTES: may-24

TOTAL DIAS APORTADOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	Vr. H/M	DEDICACIÓN MES	INGRESO MENSUAL	Factor Prestacional:	Indice Base Cotización (I.B.C.)	1. SEGURIDAD SOCIAL			TOTAL	3. PLANILLA NUMERO Y OPERADOR	4. APORTANTE
									ARL	EPS	PENSION			
1	HAROLD MARIN MUÑOZ		DIRECTOR	$ 9,207,450.00	25%	$ 2,301,862.50	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 3,000,000.00	$ 208,800.00	$ 375,000.00	$ 480,000.00	$ 1,063,800.00	9467929514 APORTES EN LINEA	INDEPENDIENTE RIESGO 5.
2	JORGE PIZA BECERRA	1,022,331,204	RESIDENTE DE OBRA	$ 6,578,003.00	100%	$ 6,578,003.00	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 2,631,300.00	$ 90,500.00	$ 329,000.00	$ 421,100.00	$ 840,600.00	77570347 (MI PLANILLA COMPENSAR) 9468573367 (PAGO ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR) (IBC $1.300.000)
3	GUIDO OMAR MAYA DURANGO	3,563,338	HIDRÁULICO	$ 6,578,003.00	20%	$ 1,315,600.60	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 4,500,000.00	$ 313,200.00	$ 562,500.00	$ 1,170,000.00	$ 2,045,700.00	9467640140 APORTES EN LINEA	INDEPENDIENTE RIESGO 5
4	JOHANNA PATRICIA RAMÍREZ BENAVIDES	53,115,646	SOCIAL	$ 6,578,003.00	30%	$ 1,973,400.90	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 1,820,000.00	$ 90,500.00	$ 227,500.00	$ 291,200.00	$ 609,200.00	77483774 MI PLANILLA COMPENSAR 9468573367 (PAGO ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR) (IBC $1.300.000)
5	JESSICA LORENA RAMÍREZ BENAVIDES	1,013,606,685	SST- AMBIENTAL	$ 6,578,003.00	30%	$ 1,973,400.90	Incluido (No se especifica en el AIU)	$ 1,400,000.00	$ 90,500.00	$ 175,000.00	$ 224,000.00	$ 489,500.00	77786083 MI PLANILLA COMPENSAR 9468573367 (PAGO ARL APORTES EN LINEA)	INDEPENDIENTE, PAGO ARL RIESGO 5 (MAYA DURANGO GUIDO OMAR) (IBC $1.300.000)
TOTAL COSTOS DE PERSONAL PRESENTE MES						14,142,268			$ 793,500.00	$ 1,669,000.00	$ 2,586,300.00	$ 5,048,800.00		

NOTA 1: LA COLUMNA INGRESO MENSUAL CORRESPONDE AL VALOR NETO MENSUAL OFERTADO EN LA PROPUESTA ECONOMICA Y DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE DEDICACION MENSUAL

Firma

Nombre: JULIAN DUARTE VILLAMIL
R.L CONSORCIO INTER 1 - INTERVENTORIA

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057972		MARIN MUÑOZ HAROLD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 No. 25-05	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	755807346	9467929514	I	2024/06/20	2024/07/05	NEQUI	15	$1,076,300

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800
Centro de Trabajo: DISEÑO (1 Afiliados)																						$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)																						$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800
1	CC	86057972 MARIN HAROLD																		230301	30	$3,000,000	$480,000	EPS037	30	$3,000,000	$375,000		0	$0	$0	14-11	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	0	$0	$0	No	$1,063,800
Total		**Afiliados(1)**																				$3,000,000	$480,000			$3,000,000	$375,000			$0	$0			$3,000,000		$208,800		$0	$0		$1,063,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86057972		MARIN MUÑOZ HAROLD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 18 No. 25-05	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	755807346	9467929514	I	2024/06/20	2024/07/05	NEQUI	15	$1,076,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$480,000	$5,600	$0	$485,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$480,000	$5,600	$0	$485,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,800	$2,500	$0	$211,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$208,800	$2,500	$0	$211,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$375,000	$4,400	$0	$379,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$375,000	$4,400	$0	$379,400
TOTAL				**1**	**$1,063,800**	**$12,500**	**$0**	**$1,076,300**

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **JORGE ANDRES PIZA BECERRA**, identificado con **CC** número **1022331204**, aportó en nombre de **JORGE ANDRES PIZA BECERRA**, identificado(a) con **CC** número **1022331204** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-05** y salud **2024-05** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
230301	Porvenir															0		30	$2.631.300	$421.100	$0	$0	Mayo - 2024	77570347	17/06/2024	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	$2.631.300	$329.000	$0	$0	Mayo - 2024	77570347	17/06/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 15 días del mes Junio de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3563338		MAYA DURANGO GUIDO OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 N. 9 - 60	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840200	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	704338509	9467640140	I	2024/06/13	2024/06/14	BANCOLOMBIA	1	$2,047,500

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	3563338	MAYA GUIDO																		230301	30	$4,500,000	$1,170,000	EPS037	30	$4,500,000	$562,500		0	$0	$0	14-23	30	$4,500,000	$313,200	0	$0	$0	No	$2,045,700
Total	**Afiliados(1)**																						$4,500,000	$1,170,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$313,200		$0	$0		$2,045,700

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3563338		MAYA DURANGO GUIDO OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23 N. 9 - 60	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840200	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	704338509	9467640140	I	2024/06/13	2024/06/14	BANCOLOMBIA	1	$2,047,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,170,000	$1,000	$0	$1,171,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,170,000	$1,000	$0	$1,171,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$313,200	$300	$0	$313,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$313,200	$300	$0	$313,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$562,500	$500	$0	$563,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$562,500	$500	$0	$563,000
TOTAL				**1**	**$2,045,700**	**$1,800**	**$0**	**$2,047,500**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77786083	$407.400	

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	175.000	0		0		0	0	0	0	175.000	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	224.000	0	0	0	0	0	0		224.000	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.400	0	0	8.400	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	175.000	175.000
Pensión	1	224.000	224.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	8.400	8.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	407.400	407.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1013606685	JESSICA LORENA RAMIREZ BENAVIDES	Cra 80D No. 7B-83 Torre 1 apto 110	3112447605	jlorenita.ramirez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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**	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77786083	$407.400	

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**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario 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	1013606685	RAMIREZ BENAVIDES JESSICA LORENA	3	0			N																	230301	1.400.000	224.000	0	0	0	0	EPS008	1.400.000	175.000		0		0	CCF24	1.400.000	8.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53116646	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ BENAVIDES	Tv 78 d 10 d 97APT 102 INTERIOR 51	4594783	joha.ramirezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77483774	$518.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	227.500	0		0		0	0	0	0	227.500	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	291.200	0	0	0	0	0	0		291.200	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										

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	227.500	227.500
Pensión	1	291.200	291.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	518.700	518.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	53116646	JOHANNA PATRICIA RAMIREZ BENAVIDES	Tv 78 d 10 d 97APT 102 INTERIOR 51	4594783	joha.ramirezb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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**	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77483774	$518.700	

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**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario 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	53116646	RAMIREZ BENAVIDES JOHANNA PATRICIA	3	0			N																	230301	1.820.000	291.200	0	0	0	0	EPS002	1.820.000	227.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información