



PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002
(PERSONAS JURÍDICAS)

La suscrita **KAREN LORENA VERGEL VERJEL** identificada con cédula de ciudadanía no. **1.091.669.040** en mi condición de CONTADORA PUBLICA de **LYCON CIVIL S.A.S** identificada con el NIT 901.826.674-8, bajo la gravedad del juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía a partir del 19/04/2024. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme con el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad del juramento, manifiesto que me encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En constancia, se firma en IBAGUE, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

Firma

Firma Representante Legal:
Nombre del proponente:
Nombre del representante legal:
C. C. No.
T.P

LYCON CIVIL S.A.S NIT: 901.826.674-8
KAREN LORENA VERGEL VERJEL
1.091.669.040
242905-T



SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-04, 01:22:22 PM Tipo Planilla E Número Planilla 74808520
Periodo Cotización 202411 Periodo Servicio 202412
Cliente:

PAGADA 2024-12-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LLANO AGROPAL SAS				
Documento	NI 901589961			Dirección	CR 52 #42 - 47
Tipo de Empresa	EMPLEADOR			Teléfono	777777
Tipo Persona	JURÍDICA			Forma Presentación	SUCURSAL
				Total Afiliados	1
Ciudad	VILLAVICENCIO			Departamento	META
Representante Legal	GOMEZ RAMIREZ MARTHA LILIANA			Identificación	CC 40215915

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80882660		Residente		Exonerado	S	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	00					RINCON DIAZ HOLLMAN YESID	99001000 - 99		VICHADA

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	Dias AFP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	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	30	30			F	\$ 1.300.000	230301	16 %	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	EPS005		4 %	\$ 1.300.000	\$ 52.000	\$ 0	14-4	4	4,350 %	\$ 1.300.000	\$ 56.600	CCF68	4 %	\$ 1	\$ 100	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	COMCAJA	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 52.000	\$ 56.600	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		80882660					NÚMERO PLANILLA:		4579294561				TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:					HOLLMAN YESID RINCON DIAZ					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES	octubre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	noviembre	AÑO	2024
CIUDAD/MUNICIPIO:					CASANARE					DÍAS DE MORA:				4							
DIRECCIÓN:		CR 22 N 11 72	TELÉFONO:		7777777					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/22				NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990786899			
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE																
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act																
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					SI																

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
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 48.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 48.600	\$ 200	\$ 48.800
SUBTOTALES:												\$ 48.600	\$ 200	\$ 48.800

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
MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 12.200	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 12.200	\$ 100	\$ 0	\$ 12.300
SUBTOTALES:													\$ 12.200	\$ 100	\$ 0	\$ 12.300

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	\$ 21.200	\$ 21.200	\$ 100	\$ 0	\$ 21.300
SUBTOTALES:									\$ 21.200	\$ 100	\$ 0	\$ 21.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF69	CCF69-COMFACASANARE	1	\$ 12.200	\$ 100	\$ 12.300
SUBTOTALES:			\$ 12.200	\$ 100	\$ 12.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																												
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 9434167	DIAZ SANCHEZ HENRY	DEPEND		\$ 1.300.000	FIJO		SI	24																	230301- PORVENIR	7	\$ 303.334	\$ 48.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 48.600	MIN002- ADRES- REGIMEN EXCEPCIO N	7	\$ 303.334	\$ 12.200	\$ 0	\$ 12.200	14-11 - ARL SURA	7	\$ 303.334	80882660	\$ 21.200	7	\$ 303.334	CCF69- COMFACA SANARE	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					

TOTAL

\$ 94.700