Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): BELISARIO BARRAZA MANOTAS
No. Identificación: CC8634390
Dirección: CARRERA 21 N 21 67
Telefono: 1234567
Correo: manotas1207@hotmail.com
Ciudad: SABANALARGA
Número de Planilla: 8385758218

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BELISARIO BARRAZA MANOTAS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC8634390	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2025
Número de planilla	8385758218	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2025
Fecha pago	2025-04-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	85758218	**Total Pagado**	440500
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8385758218

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 8634390
APELLIDOS Y NOMBRES: BELISARIO BARRAZA MANOTAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
CC	8634390	BELISARIO BARRAZA MANOTAS	CARRERA 21 N 21 67	1234567	

FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
U	I	PRINCIPAL	PPAL	ATLÁNTICO	SABANALARGA

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
3	2025	3	2025	I	11 04 2025	8385758218	No	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	**NÚMERO DE EMPLEADOS**	1	**NIT EMPRESA CONVENIO**	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 8634390	BARRAZA MANOTAS BELISARIO	59	0			No	638	8																30	30	30	EPS037	$1,423,500	12.50%	$178,000	25-14	$1,423,500	16.00%	$227,800	$0
																															$178,000				$227,800	$0

PAGADO

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

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 8634390	BARRAZA MANOTAS BELISARIO	$0	14-23	$1,423,500	2.44%	3	$34,700
			$0					$34,700

PAGADO

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