

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	19307777	MANUEL EDUARDO CORRAL HIGUERA	CALLE 169 16 C 70 BLOQUE 17 APAR 304	8068675	mcorralhiguera@yahoo.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

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					TOTAL A PAGAR				
2025-05	2025-05	I	10/06/2025	87183056	\$230,000				

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	860068942-7	230,000	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
------------	--------	-----	------------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------	-----------	-----------------------	----------------	---------------	---------------

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	------------------------	---------------	--	---------------	--	-----------------------	-----------	-----------------------	---------------------	----------------------------	-------------------	---------------	---------------

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		Total a Pagar
Salud	1	230,000		230,000
Pensión	0	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0	0
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	1	230,000		230,000

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	19307777	MANUEL EDUARDO CORRAL HIGUERA	CALLE 169 16 C 70 BLOQUE 17/APAR 304	80686675	mcorralhiguera@yahoo.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2025-05	2025-05	10/06/2025	87183056	\$230.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACION COTIZANTE			INFORMACION NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Exonerado	Colabor. anterior	Subtipo	CMG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSF	VSF	RMG	LMA	VAC	VCT	RM	CONSECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	19307777	CORRAL HIGUERA MANUEL EDUARDO	3	2	N																0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

El aportante **MANUEL EDUARDO CORRAL HIGUERA**, identificado con **CC** número **19307777**, aportó por **MANUEL EDUARDO CORRAL HIGUERA**, identificado(a) con **CC** número **19307777** 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 **2025-05** y salud **2025-05** de la siguiente manera:

código	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VGT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARTICIPALES Y SALUD
EPS008	Compensar EPS															0		30	\$1.839,804	\$0	\$0	Mayo - 2025	87183056	10/06/2025	N

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Junio de 2025

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

Pago de servicios electrónicos



Resultado de la transacción



Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

10 junio 2025 9:14 am

DIRECCIÓN IP: 181.63.25.128

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII5161321894965920

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

59208FAF

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$230.000,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	87183056
FECHA DE LA SOLICITUD	10 junio 2025
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	19307777
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1543456705
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuenta de Ahorros *****7465