

PAGADO 18/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |  |  |                    |                     |
|---------------------|---------------------------|--|--|--------------------|---------------------|
| Razón Social        | LINA MARCELA DELGADO CRUZ |  |  | Dirección          | CR 2C #46 A - 40    |
| Documento           | CC1006017944              |  |  | Teléfono           | 3178282436          |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE             |  |  | Forma Presentación | ÚNICO               |
| Tipo Persona        | NATURAL                   |  |  | Departamento       | VALLE DEL CAUCA     |
| Ciudad              | CALI                      |  |  | Identificación     |                     |
| Representante Legal |                           |  |  | ARP                | POSITIVA DE SEGUROS |
| Total Afiliados     | 1                         |  |  |                    |                     |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                           |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |          | Cajas               |              |                | Parafiscales       |              |              |        | Total        |                |                      |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|---------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|--------------|----------------|--------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres       | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | SIN | IGE | LMA | VAC       | AVP | VCT | IRP   | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Días CCF | Administradora      | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora     | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1006017944      | LINA MARCELA DELGADO CRUZ | 59             | 00                | X         |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0        | 30       | 30       | 30       | 0        | (230201) PROTECCION | \$ 1.423.500 | \$ 227.800     | (EPS018) S.O.S EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000   | 0,522  | \$ 1.423.500 | \$ 7.500       | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 413.300 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 7.500        | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 413.300                     | \$ 0                    | \$ 413.300  |





**Comprobante en línea**  
Pago PSE

18 Jun 2025 13:42:51



**Pago exitoso**  
CUS 1563784815

Comercio  
**ENLACE OPERATIVO S.A.**

Referencia 1  
**172.29.10.57**

Fecha  
**18 Jun 2025 13:42:51**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**78642226**

Referencia 3  
**1006017944**

Descripción del pago  
**Pago de Seguridad Social**

Valor del Pago  
**\$413,300**

Número de comprobante  
**TR1341134815**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia**  
**\*\*\*\* 0322**