

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069759334	KAROL DANIELA SABOGAL JIMENEZ		CL 27 A 1 11	3163561431	kdsaboga197@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (D/M/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (D/M/AAAA)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	1	31/03/2025	85338044	\$413.300

DETALLE POR COTIZANTE																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE																																				
No.	Tipo	Nº de identificación	Apellidos y Nombre	INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD					CCF				PARAFISCALES								
				Distrito	Subjeto	Extranjero	Centro matriz	Departamento	EST	TIG	TAP	VAP	DIR	ROR	LMA	VAP	Cód. AFP	IBIC AFP	Cotización	Voluntario o ASISTEN	Voluntario Aportes	Fondo pensional solidariad	Fondo pensional subsistencia	Ciudad EPS	IBIC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	IBIC otros parafiscales	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte MEN
1	CC	1069783334	SABOGAL JIMENEZ KAROL DANIELA	ESB	0		N								230201	1.423.500	227.800	0	0	0		E76005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERACIÓN PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1069759334	KAROL DANIELA SABOGAL JIMENEZ	CL 27 A 1 11	3163561431	kdabogal97@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	FUSAGASUGÁ	N/D			

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
PERIODO SALUD	2025-03	PERIODO PENSIONES	2025-03	1	TOTAL A PAGAR	
					65338044	\$413,300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	178.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Valor Mora UPC
					0	0	0	0	0
									178.000
									No. Afiliados
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidancia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230201	Protección (ING + Protección)	900228739-0	227.800	0	0	0	0	0	0
									227.800
									No. Afiliados
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP
14-23	Positiva Seguros	860011183-6	7.500	No. Autorización	Valor	7.500	0	0	75
									7.500
									No. Afiliados
									1

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	178.000	178.000
Pensión		1	227.800	227.800
Riesgos Laborales		1	7.500	7.500
CCF		0	0	0
ESAP		0	0	0
ICBF		0	0	0
MEN		0	0	0
SENA		0	0	0
TOTALES		3	413.300	413.300