aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1684553974	9490106678	E	2025/08/15	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1069725970	PEREZ ELKIN	X																	230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF24	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$7,900		$0	$0		$367,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1684553974	9490106678	E	2025/08/15	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,900	$0	$0	$7,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$60,000	$0	$0	$60,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$60,000	$0	$0	$60,000
TOTAL				**1**	**$367,900**	**$0**	**$0**	**$367,900**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1769447911	9491038606	E	2025/09/12	2025/09/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1069725970	PEREZ ELKIN																		230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF24	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$7,900		$0	$0		$367,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-09	1769447911	9491038606	E	2025/09/12	2025/09/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,900	$0	$0	$7,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$60,000	$0	$0	$60,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$60,000	$0	$0	$60,000
TOTAL				**1**	**$367,900**	**$0**	**$0**	**$367,900**

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019022977		FERNANDEZ HERNANDEZ CARLOS ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 128 D BIS 119 D 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6899873	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1650324283	9489353936	I	2025/08/21	2025/07/24	BANCOLOMBIA	0	$2,104,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1019022977	FERNANDEZ HERNANDEZ CARLOS ARTURO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No													X															
Total		**Afiliados(1)**																																				

							SALARIO			PENSION														SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	No		PORVENIR	30	$ 6.201.500	16%	SIN RIESGO	$ 992.300	$ 0	$ 0	$ 31.100	$ 31.100	$ 0	$ 1.054.500		SALUD TOTAL	30	$ 6.201.500	12,5%	$ 775.200	$
																					$ 1.054.500						$ 775.200	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 775.200		COMPENSAR	30	$ 6.201.500	2%	$ 124.100	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 6.201.500	2,436%	3	$ 151.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 775.200						$ 124.100						$ 151.100				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019022977		FERNANDEZ HERNANDEZ CARLOS ARTURO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 128 D BIS 119 D 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6899873	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1650324283	9489353936	I	2025/08/21	2025/07/24	BANCOLOMBIA	0	$2,104,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,054,500	$0	$0	$1,054,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,054,500	$0	$0	$1,054,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,100	$0	$0	$151,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$151,100	$0	$0	$151,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,100	$0	$0	$124,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$124,100	$0	$0	$124,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$775,200	$0	$0	$775,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$775,200	$0	$0	$775,200
TOTAL				1	$2,104,900	$0	$0	$2,104,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17345724		ROMERO TAUTIVA MILCIADES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 59 44A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1732454657	9490820814	I	2025/08/08	2025/08/28	BANCO DAVIVIENDA	20	$823,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	17345724	ROMERO MILCIADES	X								X									25-14	30	$2,800,000	$448,000	EPS005	30	$2,800,000	$350,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,800,000	$14,700	0	$0	$0	No	$812,700
Total	**Afiliados(1)**																						$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0		$812,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17345724		ROMERO TAUTIVA MILCIADES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 59 44A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1732454657	9490820814	I	2025/08/08	2025/08/28	BANCO DAVIVIENDA	20	$823,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$5,700	$0	$453,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$448,000	$5,700	$0	$453,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$200	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,700	$200	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$4,500	$0	$354,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$350,000	$4,500	$0	$354,500
TOTAL				**1**	**$812,700**	**$10,400**	**$0**	**$823,100**

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10302347		PEREZ PINEDA OSCAR ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 1 A # 33A-30, Casa 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7350772	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1679597513	9490030210	I	2025/08/13	2025/08/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,489,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																												
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	10302347	PEREZ PINEDA OSCAR ALEXANDER	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												

Total **Afiliados(1)**

							SALARIO			PENSION														SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 4.800.000	No		PORVENIR	30	$ 4.800.000	16%	SIN RIESGO	$ 768.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 768.000		COMPENSAR	30	$ 4.800.000	12,5%	$ 600.000	$
																					$ 768.000						$ 600.000	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 600.000		COMPENSAR	30	$ 4.800.000	2%	$ 96.000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 4.800.000	0,522%	1	$ 25.100	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 600.000						$ 96.000						$ 25.100				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10302347		PEREZ PINEDA OSCAR ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 1 A # 33A-30, Casa 46	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7350772	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1679597513	9490030210	I	2025/08/13	2025/08/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,489,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$768,000	$0	$0	$768,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$768,000	$0	$0	$768,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$0	$0	$25,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$25,100	$0	$0	$25,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$96,000	$0	$0	$96,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$96,000	$0	$0	$96,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600,000	$0	$0	$600,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$600,000	$0	$0	$600,000
TOTAL				**1**	**$1,489,100**	**$0**	**$0**	**$1,489,100**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79374509	WILLIAM RODRIGUEZ MATEUS	CALLE 120 No 50-67 CASA	6015250318	williamrodriguezmateus@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	31/07/2025	88498401	$6.415.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	2.500.000	0		0		0	0	0	0	2.500.000	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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	3.200.000	0	0	100.000	100.000	0	0		3.400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	487.200				487.200	0	0	487.200			4.872	487.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	2.500.000	2.500.000
Pensión	1	3.400.000	3.400.000
Riesgos Laborales	1	487.200	487.200
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	6.415.700	6.415.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	79374509	WILLIAM RODRIGUEZ MATEUS		CALLE 120 No 50-67 CASA	6015250318	williamrodriguezmateus@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-07	2025-07	I	31/07/2025	88498401	$6.415.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	79374509	RODRIGUEZ MATEUS WILLIAM	59	0			N																	25-14	20.000.000	3.200.000	0	0	100.000	100.000	EPS008	20.000.000	2.500.000	14-23	20.000.000	3	487.200	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032491788	ANDRES FELIPE SALAMANCA MORENO	Cl 18 sur N 68 h 06	3163203109	andressalamanca.18@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	20/08/2025	88902214	$1.484.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	588.500	0		0		0	0	0	0	588.500	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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	753.300	0	0	0	0	0	0		753.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	114.700				114.700	0	0	114.700			1.147	114.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.300	0	0	28.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	588.500	588.500
Pensión	1	753.300	753.300
Riesgos Laborales	1	114.700	114.700
CCF	1	28.300	28.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.484.800	1.484.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032491788	ANDRES FELIPE SALAMANCA MORENO		Cl 18 sur N 68 h 06	3163203109	andressalamanca.18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	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	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	20/08/2025	88902214	$1.484.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032491788	SALAMANCA MORENO ANDRES FELIPE	59	0			N																	231001	4.708.000	753.300	0	0	0	0	EPS010	4.708.000	588.500	14-23	4.708.000	3	114.700	CCF24	4.708.000	28.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1684553974	9490106678	E	2025/08/15	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1069725970	PEREZ ELKIN	X																	230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF24	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$7,900		$0	$0		$367,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1684553974	9490106678	E	2025/08/15	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,900	$0	$0	$7,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$60,000	$0	$0	$60,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$60,000	$0	$0	$60,000
TOTAL				**1**	**$367,900**	**$0**	**$0**	**$367,900**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069763348	ERICK NICOLAS SARMIENTO LINARES	CARRERA 22 # 116 - 05 ED SUAZA APTO 307	0000000	nsarmiento456@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	21/07/2025	88278258	$1.412.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	608.200	0		0		0	0	0	0	608.200	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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	778.400	0	0	0	0	0	0		778.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	25.400				25.400	0	0	25.400			254	25.400	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	608.200	608.200
Pensión	1	778.400	778.400
Riesgos Laborales	1	25.400	25.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.412.000	1.412.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1069763348	ERICK NICOLAS SARMIENTO LINARES	CARRERA 22 # 116 - 05 ED SUAZA APTO 307	0000000	nsarmiento456@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	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	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-07	2025-07	I	21/07/2025	88278258	$1.412.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estudiante**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1069763348	SARMIENTO LINARES ERICK NICOLAS	59	0			N																	230301	4.865.000	778.400	0	0	0	0	EPS001	4.865.000	608.200	14-23	4.865.000	1	25.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-20, 09:38:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 79807108

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GIOVANNI ANTONIO ROYERO OROZCO		
Documento	CC84049087	**Dirección**	CR 1 #2 - 36 SECTOR COUNTRYMAR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3012338262
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PUERTO COLOMBIA	**Departamento**	ATLANTICO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	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 84049087	GIOVANNI ANTONIO ROYERO OROZCO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 4.800.000	$ 768.000	(EPS010) EPS SURA	$ 4.800.000	$ 600.000	0,522	$ 4.800.000	$ 25.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.393.100

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
$ 4.800.000	$ 4.800.000	$ 4.800.000	$ 0	$ 768.000	$ 600.000	$ 25.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.393.100	$ 0	$ 1.393.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030583894		GARZON BUITRAGO JENNIFER ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 31A N25 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3152100075	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000797	9489637843	I	2025/08/26	2025/07/29	BANCO DE BOGOTA	0	$812,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0
1	CC	1030583894	GARZON JENNIFER	25-14	30	$2,800,000	$448,000	EPS005	30	$2,800,000	$350,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,800,000	$14,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030583894		GARZON BUITRAGO JENNIFER ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 31A N25 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3152100075	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000000797	9489637843	I	2025/08/26	2025/07/29	BANCO DE BOGOTA	0	$812,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$0	$0	$448,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$448,000	$0	$0	$448,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$0	$0	$14,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,700	$0	$0	$14,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$0	$0	$350,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$350,000	$0	$0	$350,000
TOTAL				**1**	**$812,700**	**$0**	**$0**	**$812,700**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738950		NARVAEZ SALAMANCA JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra54b#175-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4607196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1631729684	9488952345	I	2025/08/14	2025/07/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,554,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	1033738950	NARVAEZ JUAN																230201	30	EPS017	30	CCF22	30	14-23	30	2.436%	30	No
Total	**Afiliados(1)**																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

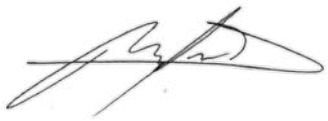
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033738950		NARVAEZ SALAMANCA JUAN PABLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra54b#175-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4607196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1631729684	9488952345	I	2025/08/14	2025/07/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,554,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$788,800	$0	$0	$788,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$788,800	$0	$0	$788,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$120,100	$0	$0	$120,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$120,100	$0	$0	$120,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,600	$0	$0	$29,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$29,600	$0	$0	$29,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$616,300	$0	$0	$616,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$616,300	$0	$0	$616,300
TOTAL				**1**	**$1,554,800**	**$0**	**$0**	**$1,554,800**



Juan Pablo Narváez Salamanca
1033738950

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-19, 12:03:13 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1075017681

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202507

Cliente:

PAGADA 2025-08-19

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN LIIANA HURTADO GONZALEZ				
Documento	CC 1144167041	**Dirección**	CR 68B #25 - 19 BARRIO CIUDAD 2000		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222547607		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1144167041		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					HURTADO GONZALEZ KAREN LILIANA	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

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	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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	0			$ 3.600.000	25-14		16 %	$ 3.600.000	$ 576.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 3.600.000	$ 450.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 3.600.000	$ 87.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 576.000	$ 0	$ 0	$ 450.000	$ 87.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.113.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79744097		PEREZ GUZMAN VICTOR HUGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 27 # 49-81, Apt 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124342428	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1682305194	9490055795	I	2025/08/26	2025/08/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$928,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC 79744097	PEREZ VICTOR	R								X									25-14	30	EPS005	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79744097		PEREZ GUZMAN VICTOR HUGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 27 # 49-81, Apt 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124342428	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1682305194	9490055795	I	2025/08/26	2025/08/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$928,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$480,000	$0	$0	$480,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$480,000	$0	$0	$480,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$73,100	$0	$0	$73,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$73,100	$0	$0	$73,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$375,000	$0	$0	$375,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$375,000	$0	$0	$375,000
TOTAL				**1**	**$928,100**	**$0**	**$0**	**$928,100**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033703941		CHACON GONZALEZ WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55 a # 27- 27 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5654872	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1608367824	9488514040	I	2025/08/12	2025/07/07	BANCOLOMBIA	0	$1,448,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,668,000	$746,900			$4,668,000	$583,500			$4,668,000	$93,400			$4,668,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,668,000	$746,900			$4,668,000	$583,500			$4,668,000	$93,400			$4,668,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,668,000	$746,900			$4,668,000	$583,500			$4,668,000	$93,400			$4,668,000	$24,400		$0	$0
1	CC	1033703941	CHACON WILMAR	230201	30	$4,668,000	$746,900	EPS008	30	$4,668,000	$583,500	CCF24	30	$4,668,000	$93,400	14-23	30	$4,668,000	$24,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$4,668,000	$746,900			$4,668,000	$583,500			$4,668,000	$93,400			$4,668,000	$24,400		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033703941		CHACON GONZALEZ WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55 a # 27- 27 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5654872	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1608367824	9488514040	I	2025/08/12	2025/07/07	BANCOLOMBIA	0	$1,448,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$746,900	$0	$0	$746,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$746,900	$0	$0	$746,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$24,400	$0	$0	$24,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$93,400	$0	$0	$93,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$93,400	$0	$0	$93,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$583,500	$0	$0	$583,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$583,500	$0	$0	$583,500
TOTAL				1	$1,448,200	$0	$0	$1,448,200

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018434691	ZULLY CATALINA SABOGAL PAREDES	CR 46 163B-29 APTO 601	3013495457	catalinas.ing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	28/08/2025	89355148	$868.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	350.000	0		0		0	3	700	0	350.700	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 FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	448.000	0	0	0	0	3	900	0	448.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	68.300				68.300	3	200	68.500			683	68.500	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
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	350.000	350.700
Pensión	1	448.000	448.900
Riesgos Laborales	1	68.300	68.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	866.300	868.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1018434691	ZULLY CATALINA SABOGAL PAREDES		CR 46 163B-29 APTO 601	3013495457	catalinas.ing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	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	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-07	2025-07	I	28/08/2025	89355148	$868.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1018434691	SABOGAL PAREDES ZULLY CATALINA	59	0			N																	230201	2.800.000	448.000	0	0	0	0	EPS008	2.800.000	350.000	14-23	2.800.000	3	68.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032469491		GONZALEZ HERREÑO DAVID EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 54B 175 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057252068	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1771359752	9491730237	I	2025/08/25	2025/09/12	SCOTIABANK COLPATRIA	18	$822,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1032469491	GONZALEZ HERREÑO DAVID EDUARDO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No		X	2025/07/01																									

Total **Afiliados(1)**

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 2.800.000	No		PORVENIR	30	$ 2.800.000	16%	SIN RIESGO	$ 448.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.000		FAMISANAR	30	$ 2.800.000	12,5%	$ 350.000	$
																					$ 448.000						$ 350.000	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 350.000			0	$ 0	0%	$ 0	ARL SURA	30	$ 2.800.000	0,522%	1	$ 14.700	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 350.000						$ 0						$ 14.700				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032469491		GONZALEZ HERREÑO DAVID EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 54B 175 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057252068	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1771359752	9491730237	I	2025/08/25	2025/09/12	SCOTIABANK COLPATRIA	18	$822,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$5,100	$0	$453,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$448,000	$5,100	$0	$453,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$200	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,700	$200	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$4,000	$0	$354,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$350,000	$4,000	$0	$354,000
TOTAL				1	$812,700	$9,300	$0	$822,000

CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, KAREN TATIANA CORTES ROJAS, identificado con 1.110.491.344, en mi condición de Representante Legal de MAPPER GIS INGENIERIA S.A.S., identificada con NIT. 901.206.863-3, me permito certificar a la ALCALDÍA DE IBAGUÉ que, de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el sistema general de seguridad social en pensiones, salud y aportes parafiscales.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que nos encontramos exonerados 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.

Dada en Ibagué, a los tres (3) días del mes de agosto de 2025.



KAREN TATIANA CORTES ROJAS
C.C. 1.110.491.344 de Ibagué
Representante Legal
MAPPER GIS INGENIERIA S.A.S
NIT. 901.206.863-3


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.110.491.344
CORTES ROJAS
APELLIDOS
KAREN TATIANA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-1989
EL DONCELLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
11-DIC-2007 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-2900100-63170184-F-1110491344-20080619
00757 08171O 01 284409720

CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, ANA MILENA CERQUERA ORDOÑEZ, identificado con CC. 31.529.682, en mi condición de Representante Legal de TRATO LEGAL S.A.S., identificada con NIT. 900.139.722-2, me permito certificar a la ALCALDÍA DE IBAGUÉ que, de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el sistema general de seguridad social en pensiones, salud y aportes parafiscales.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que nos encontramos exonerados 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.

Dada en Ibagué, a los tres (3) días del mes de agosto de 2025.

ANA MILENA CERQUERA ORDOÑEZ
C.C. 31.529.682 de Jamundí
Representante Legal
TRATO LEGAL S.A.S
NIT. 900.139.722-2


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 31.529.682
CERQUERA ORDOÑEZ
APELLIDOS
ANA MILENA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1971
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-OCT-1989 JAMUNDI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-3100150-00050941-F-0031529682-20080816
0002218145A 1
2780015436

KASAY
INGENIERÍA S.A.S
Soluciones Geolocalizadas

CERTIFICACIÓN APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, MILCIADES ROMERO TAUTIVA, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.345.724 de Villavicencio, en mi condición de Representante Legal de KASAY INGENIERIA S.A.S. identificada con Nit 900.702.637-9, certifico a la ALCALDÍA DE IBAGUÉ el pago de los aportes de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de certificación del presente. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, LINA PATRICIA VILLARRAGA GONZÁLEZ, identificado con cédula de ciudadanía número 40.326.830, y con Tarjeta Profesional No. 134006-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de KASAY INGENIERIA S.A.S. identificada con Nit 900.702.637-9, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de certificación del presente. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifestamos que nos encontramos exonerados 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.

Dada en Ibagué, a los tres (3) días del mes de agosto de 2025.

LINA PATRICIA VILLARRAGA GONZÁLEZ
C.C. 40.326.830 de Villavicencio
T.P. 134006-T
Revisora Fiscal
KASAY INGENIERIA S.A.S.

MILCIADES ROMERO TAUTIVA
C.C. 17.345.724 de Villavicencio
Representante Legal
KASAY INGENIERIA S.A.S.
NIT. 900.702.637-9

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

7B48BD97F569F909

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **LINA PATRICIA VILLARRAGA GONZALEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 40326830 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 134006-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *

Dado en BOGOTA a los 3 días del mes de Junio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

134006-T

LINA PATRICIA
VILLARRAGA GONZALEZ
C.C. 40326830
RES. INSCRIPCION 82 DEL 10/04/2008
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

274386 144192



Identificación Plástica S.A. 180942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.326.830**

VILLARRAGA GONZALEZ

APELLIDOS

LINA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUN-1983**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

28-AGO-2001 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5202000-00673546-F-0040326830-20150227 **0043**33955A 2 41642845

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

17.345.724
NUMERO

ROMERO TAUTIVA
APELLIDOS

MILCIADES
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1971

CUMARAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

B+
G.S. RH

M
SEXO

28-ABR-1989 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45149914-M-0017345724-20060714 04331 06194A 02 187998414

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900702637	9	KASAY INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA. 59 44A -30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9098676	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1683715219	9490101085	E	2025/08/12	2025/08/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,843,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (5 Afiliados)																							$15,673,500	$2,507,800			$15,673,500	$627,000			$15,673,500	$627,000			$15,673,500		$82,100		$0	$0		$3,843,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (5 Afiliados)																							$15,673,500	$2,507,800			$15,673,500	$627,000			$15,673,500	$627,000			$15,673,500		$82,100		$0	$0		$3,843,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)																							$15,673,500	$2,507,800			$15,673,500	$627,000			$15,673,500	$627,000			$15,673,500		$82,100		$0	$0		$3,843,900
1	CC	1014271964	LAMPREA LUIS							X											230301	30	$5,500,000	$880,000	EPS005	30	$5,500,000	$220,000	CCF24	30	$5,500,000	$220,000	14-11	30	$5,500,000	0.522%	$28,800	30	$0	$0	Si	$1,348,800
2	CC	1110060559	MENDEZ JAIRO																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	Si	$349,300
3	CC	1121969187	MONTAÑEZ DANIELA																		230301	30	$1,750,000	$280,000	EPS005	30	$1,750,000	$70,000	CCF24	30	$1,750,000	$70,000	14-11	30	$1,750,000	0.522%	$9,200	30	$0	$0	Si	$429,200
4	CC	40400310	ROMERO ALBA																		25-14	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF24	30	$5,000,000	$200,000	14-11	30	$5,000,000	0.522%	$26,100	30	$0	$0	Si	$1,226,100
5	CC	17345724	ROMERO MILCIADES																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF24	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	0.522%	$10,500	30	$0	$0	Si	$490,500
Total	**Afiliados(5)**																						$15,673,500	$2,507,800			$15,673,500	$627,000			$15,673,500	$627,000			$15,673,500		$82,100		$0	$0		$3,843,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900702637	9	KASAY INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA. 59 44A -30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9098676	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1683715219	9490101085	E	2025/08/12	2025/08/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,843,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$2,507,800	$0	$0	$2,507,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$1,347,800	$0	$0	$1,347,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,160,000	$0	$0	$1,160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$82,100	$0	$0	$82,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	5	$82,100	$0	$0	$82,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$627,000	$0	$0	$627,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	5	$627,000	$0	$0	$627,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				5	$627,000	$0	$0	$627,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$570,000	$0	$0	$570,000
TOTAL				**5**	**$3,843,900**	**$0**	**$0**	**$3,843,900**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado
Aprobado

Valor del pago
$ 3.843.900,00

Número de aprobación
00715219

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9490101085

Fecha del pago
06/08/2025

Referencia 1
186.155.212.186

Hora del pago
03:52 PM

Referencia 2
NIT

Número de producto origen
**********6567

Referencia 3
900702637

Destino del pago
APORTES EN LINEA

Código único CUS
1683715219

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

El suscrito ELKIN DARÍO PÉREZ PINEDA, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.069.725.970 de Fusagasugá en mi condición de Representante Legal de CONSORCIO IBAGUÉ MULTIPROPÓSITO, identificado con NIT 901.960.257-2, certifico a la ALCALDÍA DE IBAGUÉ el pago de los aportes de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, pagados por el consorcio durante el mes de julio. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

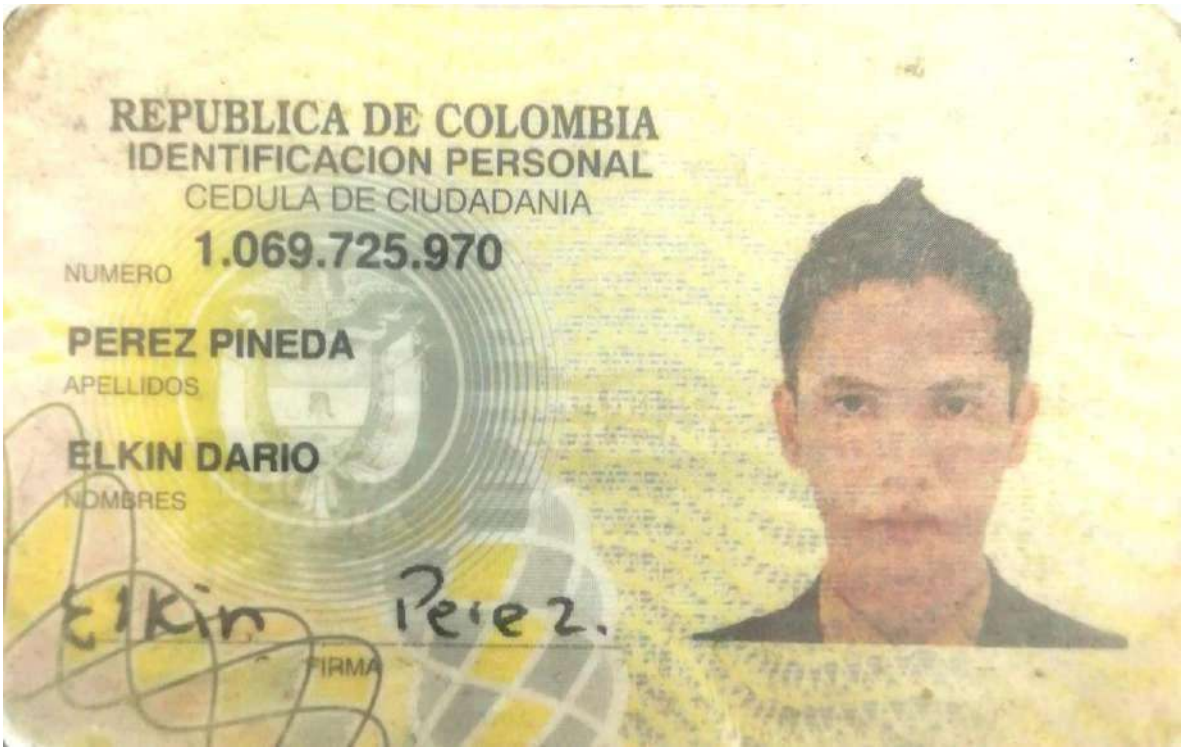
Conforme el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que nos encontramos exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo 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.

La presente certificación se expide en Ibagué, para ser presentada al municipio de Ibagué a los tres (3) días del mes agosto de 2025.

Atentamente,

elkin

ELKIN DARÍO PÉREZ PINEDA
C.C. No. 1.069.725.970 de Fusagasugá
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO IBAGUÉ MULTIPROPÓSITO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.069.725.970
PEREZ PINEDA
APELLIDOS
ELKIN DARIO
NOMBRES
Elkin Perez.
FIRMA



INDICE DERECHO

16-NOV-1988

FECHA DE NACIMIENTO

EL DONCELLO
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

21-DIC-2006 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1509400-39162092-M-1069725970-20070825 **02908** 07237A 02 207619156

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1684553974	9490106678	E	2025/08/15	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1069725970	PEREZ ELKIN	X																	230301	30	$1,500,000	$240,000	EPS037	30	$1,500,000	$60,000	CCF24	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	$7,900	30	$0	$0	Si	$367,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$60,000			$1,500,000	$7,900		$0	$0		$367,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901960257	2	CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 59 44A - 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013365167	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1684553974	9490106678	E	2025/08/15	2025/08/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,900	$0	$0	$7,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$60,000	$0	$0	$60,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$60,000	$0	$0	$60,000
TOTAL				**1**	**$367,900**	**$0**	**$0**	**$367,900**

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Autorizaciones

Empresa: **CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO**
Tipo Identificación: **NIT Persona Jurídica** **No. Identificación:** **901960257**
Generado por: **ALBA LUCIA ROMERO TAUTIVA**

A continuación el detalle de: Transacciones Autorizadas - Autorizar

Pagos Virtuales PSE - Pagar

✓ **¡Autorización aprobada!**

Información del servicio

Tipo Producto	Cuenta Corriente
Nombre Producto Origen	CTE8256
No. Producto	*****8256
Valor a Pagar	$367,900.00
Factura	9490106678
Referencia de Pago 1	0
Empresa	APORTES EN LINEA - Pago de la Planilla de aportes con clave:
Fecha Transacción	2025/08/06

⚠ **Con esta acción usted acaba de realizar la autorización de esta transacción en su totalidad, en este instante comenzará el proceso de ejecución de la acción autorizada. Para ver el resultado diríjase a la consulta de transacciones realizadas.**

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

198A808F495B5A9C

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JERSSON ANTONIO ROMERO FARFAN** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121954957 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 308003-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

Dado en BOGOTA a los 17 días del mes de Junio de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

CLICK PARA REDIGILENCIAR

nueva eps REGIONAL CENTRO ORIENTE

RECIBIDO PARA ESTUDIO DE LA EPS
FECHA 30/07/2025 COD C 1820
OSWALDO SÁNCHEZ ANZOLA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

C1820

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 30 DÍA | JULIO MES | 2025 AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: PEREZ | SEGUNDO APELLIDO: PINEDA | PRIMER NOMBRE: ELKIN | SEGUNDO NOMBRE: DARIO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1069725970
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CAQUETÁ | MUNICIPIO: EL DONCELLO
15. FECHA NACIMIENTO: 16 DÍA | NOVIEMBRE MES | 1988 AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. AFP
24. IBC: $ 1.500.000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3143880665
TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: CALLE 51A # 76B - 66 O
COMPLEMENTO DIRECCIÓN: ENGATIVA
CORREO ELECTRÓNICO: elkinto12@hotmail.com
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO/ DISTRITO: BOGOTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 99074

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. HABILIDADES PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: CONSORCIO IBAGUE MULTIPROPOSITO
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901960257
3013365167 CELULAR
58. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS): DEPENDIENTE

59. Dirección: CARRERA 59 # 44A - 30 O
operacion_cm@kasay.com.co
CUNDINAMARCA DEPARTAMENTO
BOGOTA DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: PEREZ | SEGUNDO APELLIDO: PINEDA | PRIMER NOMBRE: ELKIN | SEGUNDO NOMBRE: DARIO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1069725970
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 16 DÍA | 11 MES | 1988 AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 04 DÍA | 07 MES | 2025 AÑO
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

X Elkin Perez. 80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

X 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad | Total 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número del documento de identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA | MES | AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud