



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 94454428
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS HUMBERTO DELGADO GORDILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 30 # 120-78	TELÉFONO: 4010841
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Procesamiento de datos,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7984964085	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1742414572

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
X																	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
8002297390	230201		230201- PROTECCION	1		\$ 348.500
SUBTOTAL:				1		\$ 348.500
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
8000887022	EPS010		CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 272.300
SUBTOTAL:				1		\$ 272.300
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
8600111536	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 11.400
SUBTOTAL:				1		\$ 11.400

VALOR SIN MORA:	\$ 632.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 632.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



	DATOS GENERALES DE LA PLANILLA											
94454428	NÚMERO PLANILLA:		7984964085		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
CARLOS HUMBERTO DELGADO GORDILLO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES	agosto	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	agosto	AÑO	2025
VALLE	DÍAS DE MORA:				0							
4010841	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/09/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1742414572	
I-INDEPENDIENTE												
cesamiento de datos, alojamiento (hosting) y a												
NO												

TOTAL APORTES A PENSIÓN											
ANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
		EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
	\$ 348.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 348.500	\$ 0	\$ 348.500	
								\$ 348.500	\$ 0	\$ 348.500	

TOTAL APORTES A SALUD													
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 272.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 272.300	\$ 0	\$ 0	\$ 272.300
										\$ 272.300	\$ 0	\$ 0	\$ 272.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
ANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 11.400	\$ 0	\$ 11.400	\$ 0	\$ 0	\$ 11.400
								\$ 11.400	\$ 0	\$ 0	\$ 11.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																										
SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES							
PENSIÓN									SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE
30	2.178.000	\$ 348.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 348.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2.178.000	\$ 272.300	\$ 0	\$ 272.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.178.000	94454428	\$ 11.400		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 632.200



## Comprobante en línea

1 Sep 2025 09:48:42

Pago PSE



**Pago exitoso**

CUS 1742414572

Comercio  
**SOI ACH**

Referencia 1  
**10.80.25.153**

Fecha  
**1 Sep 2025 09:48:42**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**7984964085**

Referencia 3  
**94454428**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla Integrada de  
Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago  
**\$632.200**

Número de comprobante  
**TR0947284572**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia**  
**\*\*\*\* 4341**