

Medellín, 27 de diciembre de 2023

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que CLAUDIA JULIANA ARAQUE MEDINA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1070019719 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 28/12/2023

**Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS N860046667**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

1881001 - ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS, INCLUYE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ASESORAMIENTO Y DE BIENESTAR SOCIAL SERVICIOS SIMILARES QUE SE PRESTAN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SUS DOMICILIOS O EN OTROS LUGARES, ORGANIZACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS, ORGANIZACIONES NACIONALES O LOCALES DE AYUDA Y ESPECIALISTAS EN SERVICIOS DE ASESORAMIENTO: VISITA A ANCIANOS ENFERMOS, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIURNA PARA ANCIANOS Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD, ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO Y READAPTACIÓN PROFESIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SIEMPRE QUE EL COMPONENTE DE EDUCACIÓN SEA LIMITADO

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000001101 - HOGAR LA MACARENA

**CLASE:** 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

1881001 - ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS, INCLUYE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ASESORAMIENTO Y DE BIENESTAR SOCIAL SERVICIOS SIMILARES QUE SE PRESTAN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SUS DOMICILIOS O EN OTROS LUGARES, ORGANIZACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS, ORGANIZACIONES NACIONALES O LOCALES DE AYUDA Y ESPECIALISTAS EN SERVICIOS DE ASESORAMIENTO: VISITA A ANCIANOS ENFERMOS, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIURNA PARA ANCIANOS Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD, ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO Y READAPTACIÓN PROFESIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SIEMPRE QUE EL COMPONENTE DE EDUCACIÓN SEA LIMITADO

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

1881001 - ACTIVIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL SIN ALOJAMIENTO PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS, INCLUYE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ASESORAMIENTO Y DE BIENESTAR SOCIAL SERVICIOS SIMILARES QUE SE PRESTAN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN SUS DOMICILIOS O EN OTROS LUGARES, ORGANIZACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS, ORGANIZACIONES NACIONALES O LOCALES DE AYUDA Y ESPECIALISTAS EN SERVICIOS DE ASESORAMIENTO: VISITA A ANCIANOS ENFERMOS, ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIURNA PARA ANCIANOS Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD, ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO Y READAPTACIÓN PROFESIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SIEMPRE QUE EL COMPONENTE DE EDUCACIÓN SEA LIMITADO

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 1881001

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación importante. La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

27/12/2023 12.29 PM

Dirección IP: 152.203.162.232, 192.230.104.12, 172.16.42.57





**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. Tipo de trámite  
 A. Afiliación  B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación  
 A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia  B. Colectiva   
 C. Institucional  D. De oficio

3. Régimen  
 A. Contributivo  B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado  
 A. Cotizante  B. Cabeza de familia  C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante  
 A. Dependiente  B. Independiente  C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

**A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres: Medina Medina Juliana

7. Tipo de documento de identidad:  CC 107001919

8. Número del documento de identidad: 107001919

9. Sexo: Femenino  Masculino

10. Fecha de nacimiento: 12 0 0 1 9 1 9 1 7

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)**

11. Etnia  12. Discapacidad Tipo  Condición  13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SUA

16. Administradora de pensiones: Ponenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1760.000

18. Residencia: Ciudad # 654 Cajicá

Zona Urbana  Rural

Departamento: Cundinamarca

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)**

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo Femenino  Masculino

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco		30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)						
Tipo Condición	Municipio / Distrito		Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular							
B1	F	N	M	T	P							
B2												
B3												
B4												
B5												

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Unión Cajicá

Código de la IPS (a registrar por la EPS):

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

35. Nombre o razón social: Claudio Juliana Arango Medina

36. Tipo de documento de identificación:  CC 107001919

37. Número del documento de identificación: 107001919

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):

39. Ubicación: Ciudad # 6-54 3033493966 Julianacuaque.cjem@gmail.com Cajicá Cundinamarca

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. 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 corrección de datos complementarios  5. Terminación de la inscripción en la EPS  6. Reinscripción en la EPS  7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales  8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales  9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar  10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando  11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  13. Movilidad: A. Régimen Contributivo  B. Régimen Subsidiado  14. Traslado: A. Mismo Régimen  B. Diferente Régimen  15. Reporte de fallecimiento

16. Reporte del trámite de protección al cesante  17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado  18. Reporte de la calidad de Pensionado

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. Datos básicos de identificación

42. Fecha de novedad: 30/11/2023

43. Tipo de documento de identidad  Número del documento de identidad

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no interacción del cotizante: cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. 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.

51. 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 publicas o privadas que requieran la información de los afiliados de acuerdo con lo previsto en la Ley 1381 de 2010 y el Decreto 1377 de 2013

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1381 de 2010 y el Decreto 1377 de 2013

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

Juliana Medina

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad:  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC  Total

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

59. 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

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia

62. Copia del 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

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

64. Copia de la 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 publicas o privadas que requieran la información de los afiliados de acuerdo con lo previsto en la Ley 1381 de 2010 y el Decreto 1377 de 2013

65. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

66. Certificación de la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

67. Datos del SISBEN: Número de la ficha  Puntaje  Nivel

68. Fecha de radicación:

69. Fecha de validación:

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

70. Datos del funcionario que realiza la validación:

71. Tipo de documento de identidad  Número del documento de identidad

72. Firma del funcionario: Independiente

OBSERVACIONES: Independiente

La activación con el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad frecuente que van a la firma del formulario al afiliado interesado la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el Capítulo VII del formulario

Se certifica que KELI ALEJANDRA NAVARRETE CONTRERAS identificado(a) con CC 1070017860 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: HOGAR DEL ANCIANO SAN RAFAEL NI 860019885											Novedades																	
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	
9459163757	290586858	E	2023-11-21	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-11	30										X									
9459163757	290586858	E	2023-11-21	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30										X									
9459163757	290586858	E	2023-11-21	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30										X									
9459163757	290586858	E	2023-11-21	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30										X									
9459163757	290586858	E	2023-11-21	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30										X									
9459163757	290586858	E	2023-11-21	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-10	30										X									

Este certificado se expide el día 2023-11-27 a las 21:11.

Se certifica que ANDRES FELIPE TORRES SANMIGUEL identificado(a) con CC 1070021150 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANDRES FELIPE TORRES SANMIGUEL identificado(a) con CC 1070021150

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades														Tarifa	Cotización		
										ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp			vct	irl
9460606605	355367537	I	2023-12-22	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-12	25	X																12.5%	\$167,900
9460606605	355367537	I	2023-12-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-12	25	X																16%	\$214,900
9460606605	355367537	I	2023-12-22	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-12	25	X																	\$0
9460606605	355367537	I	2023-12-22	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-12	25	X																	\$0
9460606605	355367537	I	2023-12-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-12	25	X																0%	\$0
9460606605	355367537	I	2023-12-22	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-12	25	X																0%	\$0
9460606605	355367537	I	2023-12-22	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-12	25	X																0.522%	\$7,100
9460606605	355367537	I	2023-12-22	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-12	25	X																2%	\$26,900

Este certificado se expide el día 2023-12-22 a las 10:24.

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1072664065					NÚMERO PLANILLA: <b>7908588074</b>					TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CHIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA					LISETH CAMILA AVILA CASTILLO AVILA CASTILLO					PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES noviembre AÑO 2023					PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES noviembre AÑO 2023				
CIUDAD/MUNICIPIO: CL 13 4-15 CS 3					TELÉFONO: 11111111					DÍAS DE MORA: 0									
DIRECCIÓN: 02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2023/12/18					NÚMERO AUTORIZACIÓN: 346004657				
TIPO APORTANTE: PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act														
TIPO EMPRESA: ÚNICO																			
FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 296.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 296.500	\$ 0	\$ 0	\$ 296.500	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 296.500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 296.500</b>	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 231.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 231.700	\$ 0	\$ 0	\$ 231.700	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 231.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 231.700</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 45.200	\$ 45.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 45.200	\$ 0	\$ 0	\$ 45.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 45.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 45.200</b>	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES									
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 11.200	\$ 0	\$ 0	\$ 11.200								
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 11.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 11.200</b>	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL					SALUD					ARP					PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
1	CC 1072664065	AVILA CASTILLO LISETH CAMILA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.852.880				NO																	230201-PROTECCION	30	1.852.880	\$ 296.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 296.500		30	1.852.880	\$ 231.700	\$ 0	\$ 231.700	14-11 - ARL SURA	30	1.852.880	\$ 107266406	\$ 45.200	30	1.852.880	CCF24-COMPENSAR	\$ 11.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL \$ 584.600**

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



### Información de la Planilla Pagada

<b>Nit de comercio Operador de Información</b>	900089104-5
<b>Razón Social del Operador de Información</b>	Enlace Operativo
<b>Descripción</b>	Pago de SuAporte
<b>Fecha</b>	2023-12-19, 09:16:25 AM
<b>Periodo de Cotización Otros Riesgos</b>	diciembre de 2023
<b>Periodo de Cotización Para Salud</b>	diciembre de 2023
<b>Empresa</b>	CLAUDIA HELENA TORRES PAIBA
<b>CEDULA CIUDADANIA</b>	CC 35416999
<b>Código Sucursal (Nombre)</b>	( )
<b>Referencia de Pago/ Número Planilla</b>	67706595
<b>Tipo de Planilla</b>	I
<b>Número Transacción Bancaria/ CUS</b>	347848552
<b>Banco</b>	(1507) - NEQUI
<b>Valor</b>	\$ 342.800
<b>Estado de la Transacción</b>	Aprobada
<b>Dirección IP de Origen</b>	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 185.600	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 145.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 12.200	\$ 0
<b>SubTotales:</b>				\$ 342.800	\$ 0
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 342.800



## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CEDULA DE CIUDADANIA BOGOTA DISTRITO CAPITAL CRA 123 131-80 BLOQUE 205 APTO 101 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	72262514 EDINSON JESUS STEFFENS ARTETA BOGOTA - DISTRITO CAPITAL 4887273 I-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	7904277147 MES noviembre AÑO 2023 0 2023/12/05	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	I-INDEPENDIENTES 2023 MES noviembre AÑO 319439582

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 296.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 296.500	\$ 0	\$ 0	\$ 296.500
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 296.500</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 296.500</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 231.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 231.700	\$ 0	\$ 0	\$ 231.700
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 231.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 231.700</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	\$ 0	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 9.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 9.700</b>	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				FSP				SALUD				ARP		CCF													
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 72262514	STEFFENS ARTETA EDINSON JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		\$ 1.852.880				NO							01-30										25-14 COLPENSIONES	30	1.852.880	\$ 296.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 296.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.852.880	\$ 231.700	\$ 0	\$ 231.700	14-11 - ARL SURA	30	1.852.880	72262514	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL \$ 537.900**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-15, 01:18:12 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1059159992

Periodo Cotización: diciembre de 2023

Periodo Servicio: diciembre de 2023

Referencia pago (PIN): 8856867460

## PAGADO 15/12/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CAMILO DOVAL BERROCAL		
Documento	CC1014207944	Dirección	KR 101 82 49
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3202450798
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
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	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias 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 1014207944	JUAN CAMILO DOVAL BERROCAL	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.160.000	\$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.160.000	\$ 145.000	0,522	\$ 1.160.000	\$ 6.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 336.700

### 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
\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	\$ 0	\$ 185.600	\$ 145.000	\$ 6.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 336.700	\$ 0	\$ 336.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52145099	LUZ ANGELA GOMEZ SANCHEZ		CRA 14 NUMERO 1 B-41	8895249	lags5796@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	15/12/2023	73301509	\$596.400	

**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	201.500	128.500		0		0	0	0	0	330.000	2

**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	257.900	0	0	0	0	0	0	0	257.900	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	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	330.000	330.000
Pensión	1	257.900	257.900
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>596.400</b>	<b>596.400</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52145099	LUZ ANGELA GOMEZ SANCHEZ	CRA 14 NUMERO 1 B-41	8895249	lags5796@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2023-12	2023-12	1	15/12/2023	73301509	\$596.400	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52145099	GOMEZ SANCHEZ LUZ ANGELA	59	0		N																		25-14	1.611.330	257.900	0	0	0	0	EPS008	1.611.330	201.500	14-23	1.611.330	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1075683308	LEAL GOMEZ NATALIA	40	0		N																			0	0	0	0	0	0	0	EPS008	0	128.500		0		0	0	0	0	0	0	0	

# PAGADA

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35472147	NÚMERO PLANILLA:	<b>4519831019</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARATHA LUCIA PACHON SALAMANCA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2023
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	TELÉFONO:	11111111	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996464717
DIRECCIÓN:	VEREDA CERCA DE PIEDRA	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/11/03		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 185.600	\$ 0	\$ 185.600	\$ 185.600
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 185.600</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 185.600</b>	

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 145.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 145.000</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.100	\$ 6.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.100	\$ 6.100	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 6.100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 6.100</b>	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF													
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 35472147	PACHON SALAMANCA MARATHA LUCIA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.160.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.160.000	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	\$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	1.160.000	35472147	\$ 6.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

**TOTAL \$ 336.700**



# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-26, 04: PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1058752982  
 Periodo Cotización: noviembre de 2023 Periodo Servicio: noviembre de Referencia pago: 8841621360

PAGADA 05/12/2023

## I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JANNETH REY GARZON		
Documento	CC51984673	Dirección	CR 7 #7 - 31 CASA 15 ZIPAQUIRA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102105085
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	ZIPAQUIRA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

## II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 51984673	JANNETH K GARZONREY	57	0																	0	30	30	30		PORVENIR	\$2.200.000	\$352.000	EPS SANITAS	\$2.200.000	\$275.000	0.01044	\$2.200.000	\$23.000	COMPENSAR CCF	\$2.200.000	\$44.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$694.000

## 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)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$2.200.000	\$2.200.000	\$2.200.000	\$2.200.000	\$352.000	\$275.000	\$23.000	\$44.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$694.000	\$0	\$694.000



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072707579	TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ		CRA 1 #19-15	8849562	tatianacaroline25@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	27/12/2023	73574208	\$577.500	

## 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	231.700	0		0		0	7	1.600	0	233.300	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	296.500	0	0	0	0	7	2.100	0	298.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.200				45.200	7	400	45.600			452	45.600	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	231.700	233.300
Pensión	1	296.500	298.600
Riesgos Laborales	1	45.200	45.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>573.400</b>	<b>577.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072707579	TATIANA CAROLINA CARDENAS SANCHEZ		CRA 1 #19-15	8849562	tatianacaroline25@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2023-11	2023-11	I	27/12/2023	73574208	\$577.500	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1072707579	CARDENAS SANCHEZ TATIANA CAROLINA	57	0			N																	230301	1.852.880	296.500	0	0	0	0	EPS002	1.852.880	231.700	14-11	1.852.880	3	45.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-20, 09:34:36 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1059848911

Periodo Cotización: diciembre de 2023

Periodo Servicio: diciembre de 2023

Referencia pago (PIN): 8810178528

## PAGADO 19/12/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YULEIDYS NAVAJA AGUAS		
Documento	CC1061803105	Dirección	CR 1A ESTE #4 - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	80
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	CAJICA	Departamento	CUNDINAMARCA
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	USP	COR	SIN	USI	IGI	UMI	UAC	UAP	UCI	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias 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 1061803105	YULEIDYS NAVAJA AGUAS	59	00																		0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.612.000	\$ 258.000	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.612.000	\$ 201.500	0,522	\$ 1.612.000	\$ 8.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 468.000

### 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
\$ 1.612.000	\$ 1.612.000	\$ 1.612.000	\$ 0	\$ 258.000	\$ 201.500	\$ 8.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 468.000	\$ 0	\$ 468.000

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CEDULA DE CIUDADANIA CHIA EL CASTILLO, VEREDA LA BALSA 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: JOHNNY ANDERSON KUARAN ROJAS CUNDINAMARCA TELÉFONO: 8633953 CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	16188741	NÚMERO PLANILLA: 4526352673	PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES octubre AÑO 2023 DÍAS DE MORA: 4 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2023/11/14	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES octubre AÑO	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 3111446138

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 800	\$ 0	\$ 185.600	\$ 800	\$ 0	\$ 186.400
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 185.600</b>	<b>\$ 800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 186.400</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 0	\$ 600	\$ 0	\$ 145.000	\$ 600	\$ 0	\$ 145.600
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 145.000</b>	<b>\$ 600</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 145.600</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 28.300	\$ 0	\$ 200	\$ 28.300	\$ 200	\$ 0	\$ 28.500
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 28.300</b>	<b>\$ 200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 28.500</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN				INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	PARAFISCALES																				
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
1	CC 16188741	KUARAN ROJAS JOHNNY ANDERSON	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE	\$ 1.160.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.160.000	\$ 185.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 185.600	EPS017-FAMISANAR	30	1.160.000	\$ 145.000	\$ 0	\$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	1.160.000	\$ 28.300	\$ 200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																

**TOTAL \$ 360.500**