

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	94776368	OSCAR ARMANDO BETANCOURT BOLIVAR	CLL 72K 5AN 34	3165591637	oscarmiss@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLADOS	UPC			
					1	0			
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR				
2025-05	2025-05	1	29/05/2025	86924674	\$569.300				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS012	Comfenátrico Valle EPS	890303093-5	230.000	0		0	0	0	
									1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	
231001	Collondos	800227940-6	294.400	0	0	0	0	0	
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Saldo a Favor	
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	44.900	No. Autorización	Valor	44.900	0	44.900	
									1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre			NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	230.000	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	44.900	44.900	44.900
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	569.300	569.300	569.300

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	94476368	OSCAR ARMANDO BETANCOURT BOLIVAR	CLL 72K 3AN 34	3165591637
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			CALI

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2025-05	2025-05	1	28/05/2025	86524674
CANTIDAD				
EMPLEADOS				1
UPC				0
TOTAL A PAGAR				\$569.300

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres										Voluntario o Afiliado	Cotización	Voluntario Aportante	Fondo patronal de solidaridad	Fondo patronal de subsidios	Cód. EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC	94476368	BETANCOURT BOLIVAR OSCAR ARMANDO	59	0																											

