

| ADMINISTRADORA |           | TOTAL APORTES A SALUD |                            |       |                     |       |               |       |             |            |            | TOTALES    |            |       |           |            |
|----------------|-----------|-----------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|-------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------|-----------|------------|
| CODIGO         | NOMBRE    | Nº. COTIZANTES        | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD |       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |            | MORSA      |            | TOTALES    |       |           |            |
|                |           |                       | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA      | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR ADEB | COTIZACIÓN | VALOR ADEB | APORTES    | MORSA | DESCUENTO |            |
|                |           | 1                     | \$ q                       |       | \$ q                |       | \$ q          |       | \$ q        | \$ 400.000 | \$ q       | \$ q       | \$ 400.000 | \$ q  | \$ q      |            |
| EP5017         | FAMISANAR |                       |                            |       |                     |       |               |       |             |            |            |            |            |       |           | \$ 600.000 |
|                |           |                       |                            |       |                     |       |               |       |             |            |            |            | \$ 400.000 | \$ q  | \$ q      |            |
| SUB-TOTALES:   |           |                       |                            |       |                     |       |               |       |             |            |            |            | \$ 400.000 | \$ q  | \$ q      | \$ 600.000 |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 400.000</b> |
|----------------------|-------------------|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b><br>TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA<br>CIUDAD/INICIPIO: LABRANZAGRANDE DEPARTAMENTO: LABRANZAGRANDE CENTRO TELEFONO: 02-INDEPENDIENTE<br>TIPO APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO<br>FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | <b>DATOS GENERALES DE LA PLANILLA</b><br>NÚMERO PLANILLA: 2376887<br>MARIÁ CECILIA CRISTIANCHO CABRERA<br>BOYACA 774077<br>INDEPENDIENTE<br>Comercio al por menor en establecimientos no espe<br>NO |  | MIES: noviembre AÑO: 2025<br>PERIODO COTIZACIÓN SALUD: 2025/11/07 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994608945 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| TOTAL APORTES A SALUD |                  |        |               |                                     |                    |                    |                    |                    |                    | TOTALES  |       |             |             |
|-----------------------|------------------|--------|---------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------|-------|-------------|-------------|
| CODIGO                | ADMINISTRADORA   | NOMBRE | Nº COTIZANTES | Nº INCAPACITADOS POR INCAPACITACIÓN | VALOR AUTORIZACIÓN | VALOR AUTORIZACIÓN | VALOR AUTORIZACIÓN | VALOR AUTORIZACIÓN | VALOR AUTORIZACIÓN | PLANILLA | VALOR | LIQUIDACIÓN | VALOR ADRES |
| EPS017                | EPS017-FAMISANAR |        | 1             |                                     |                    |                    |                    |                    |                    |          |       |             |             |
| SUB-TOTALES:          |                  |        |               |                                     |                    |                    |                    |                    |                    |          |       |             |             |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                     |                |             |             |             |             |             |             |             | SEGURIDAD SOCIAL |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
|-------------------------------|---------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| NOVEDADES                     |                     |                |             |             |             |             |             |             |             | SALUD            |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| DATOS DEL COTIZANTE           |                     |                |             |             |             |             |             |             |             | PENSION          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |
| Nº IDENTIFICACIÓN             | NOMBRE              | TIPO COTIZANTE | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA            | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       | FECHA       |
| 2376887                       | CRISTIANCHO CABRERA | NO OBLIGADO    | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO      | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO | NO OBLIGADO |

TOTAL PAGADO: \$ 287.500







| ADMINISTRADORA  |                   |                   |                               |       |                        | TOTAL APORTES & SALUD |               |       |             |               |            |               |            |       |           |              |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|-------|------------------------|-----------------------|---------------|-------|-------------|---------------|------------|---------------|------------|-------|-----------|--------------|
| CODIGO          | NOMBRE            | Nº.<br>COTIZANTES | INCAPACIDAD POR<br>ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNIDAD    |                       | SALDO A FAVOR |       | LIQUIDACIÓN |               | MORSA      |               | TOTALES    |       |           |              |
|                 |                   |                   | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO<br>AUTORIZACIÓN | VALOR                 | PLANTA        | VALOR | COTIZACIÓN  | VALOR<br>AÑOS | COTIZACIÓN | VALOR<br>AÑOS | APORTES    | MORSA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPSP017         | EPSP017/FAMISANAR | 1                 | \$ Q.                         | \$ Q. | \$ Q.                  | \$ Q.                 | \$ Q.         | \$ Q. | \$ Q.       | \$ Q.         | \$ Q.      | \$ Q.         | \$ 178.000 | \$ Q. | \$ Q.     | \$ 178.000   |
| <b>TOTALES:</b> |                   |                   |                               |       |                        |                       |               |       |             |               |            |               | \$ 178.000 | \$ Q. | \$ Q.     | \$ 178.000   |

|                      |            |
|----------------------|------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | \$ 178.000 |
|----------------------|------------|

| ADMINISTRADORA |                  | TOTAL APORTES A SALUD |                            |       |                     |       |          |               |            |             |            |             |         |         |            |
|----------------|------------------|-----------------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|----------|---------------|------------|-------------|------------|-------------|---------|---------|------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE           | Nº. COTIZANTES        | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERIDAD  |       |          | SALDO A FAVOR |            | LIQUIDACIÓN |            | MORA        |         | TOTALES |            |
|                |                  |                       | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR         | COTIZACIÓN | VALOR AÍRES | COTIZACIÓN | VALOR AÍRES | APORTES | MORA    | DESCUENTO  |
| EP5017         | EP5017-FAMISANAR | 1                     | \$ 0                       |       | \$ 0                |       |          | \$ 0          |            | \$ 178.000  |            | \$ 0        |         | \$ 0    | \$ 178.000 |
| SUB-TOTALES:   |                  |                       |                            |       |                     |       |          |               |            | \$ 178.000  |            | \$ 0        |         | \$ 0    | \$ 178.000 |

|               |            |
|---------------|------------|
| TOTAL PAGADO: | \$ 178.000 |
|---------------|------------|