

DATOS GENERALES DEL APOYANTE				DATOS GENERALES DE LA FAMILIA			
TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	6514442	NUMERO P.FAMILIA:	799161146	TIPO DE P.FAMILIA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE Y RAZON SOCIAL:	RAJAE	DEPARTAMENTO:	BOGOTA	PERIODO COTIZACION OTROS:	0		
DIRECCION:	CRA 55A # 20A-76	TELÉFONO:	27090403	DIST. DE LOCAL:	205	MES:	noviembre AÑO
TIPO APOYANTE:	DEPENDIENTE	CLASE APOYANTE:	INDEPENDIENTE	FECHA VÁLIDA (aaaa/mm/aa):	2025/12/5		
TIPO EMPRESA:	PREVIDA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades regulatorias y actividades de la ad	NUMERO AUTORIZACION:			
FORMA DE PAGO:	ONCO						
APOYANTE E INDEPENDIENTE:	NO						
APOYANTE E INDEPENDIENTE PAGO APORTES SALUD, SALVA E ICAP (PRE-COMPA, TRIBUTARIA)	NO						

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL		
CODIGO	NOMBRE	Nº COLABORANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	FSP	SOLIDARIDAD	SUSPENSIÓN	COTIZACION	FSP	MOIRA	APORTES	MOIRA	VALOR PAGADO
220201	PROTECCION	1	\$ 1.450.300	\$ 0	\$ 0	\$ 545.400	\$ 545.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.541.100	\$ 0	\$ 1.541.100
SUB-TOTALES												\$ 1.541.100	\$ 0	\$ 1.541.100

TOTAL APORTES A SALUD														
ADMINISTRADORA		No. COLABORANTES	RECARGADO POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		NOTA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	P-PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
		1	\$ Q		\$ Q			\$ Q		\$ Q	\$ Q	\$ Q	\$ Q	\$ Q
EP-20002-SALUD TOTAL								5,113.100		\$ Q	5,113.100	\$ Q		5,113.10
SUB-TOTALES								5,113.100		\$ Q	5,113.100	\$ Q		5,113.10

ALUMNOS		VALORES DE CREDITOS				VALORES DE DEBITOS		VALORES DE CREDITOS		VALORES DE DEBITOS	
ALUMNO	GRUPO	NO. COLIGANTES	INDICADOR REP.	VALOR	PLANTILLA	VALOR	LIQUIDACION	COLIGACION	APORTES	MONEDA	DESCUENTO
1-23	COMUNO	1		\$ 0			\$ 220.900		\$ 220.900	\$	\$
SUBTOTAL:				\$ 0			\$ 220.900		\$ 220.900	\$	\$

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 2.895.100
---------------	--------------

PAGINA 1 DE 3



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO DE APORTACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CEDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: EDAD: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CRA 4538 # 20A-26 CALLE DEL APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA: UNICO	NÚMERO PLANILLA: NÚMERO AUTORIZACIÓN OTROS: FECHA DE VIGENCIA: FECHA PAGO (seleccionado):	MES: meses de mora: 7996166516 2020 9 20201126 TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COSECCIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN: MES: diciembre AÑO: E EMITIDOS: 2020 198732182

TOTAL PAGADO: \$ 5.811.900

