



Empresas

Independientes

Administradoras

Datos en línea

Medios de pago Centro de ayuda

Presencial

Electrónico

Inicio

Autoservicio - Verificar planilla

Verificar planilla

Verifica la validez de una planilla de aportes a seguridad social.

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

1122647799

EPS

SALUD TOTAL

Valor aportado a EPS

393800

Clave de pago

9495842983

Periodo de cotización (salud)

2025

12



No soy un robot

reCAPTCHA ha cambiado sus condiciones de
uso. [Toma medidas.](#)reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

¿Tienes otro tipo de solicitud?

Selecciona la opción que más se ajuste a tu solicitud



Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.

[Aceptar](#)

Verificar la validez de una planilla



Pago electrónico - PSE



Contribución solidaria



Declaración de Renta

[Ayuda](#)[Políticas](#)[Centro de ayuda](#)[Políticas de cookies](#)[Preguntas frecuentes](#)[Protección de datos](#)[Registre solicitudes](#)[Código del buen gobierno](#)[Consulte el estado de sus solicitudes](#)[Términos y condiciones](#)

Copyright © 2025 Aportes en Línea

[Línea ética](#)[Novedades y noticias](#)[Guías y tutoriales](#)

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor	
Pensión 2025-12	Salud 2025-12	Planilla 1	Limite 2026/01/26	2025/12/09	BANCO DE BOGOTA	0		\$914,300	
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$504,000	\$0	\$0	\$504,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$16,500	\$0	\$0	\$16,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$393,800	\$0	\$0	\$393,800	
TOTAL				1	\$914,300	\$0	\$0	\$914,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																						
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono									
CC 1122647799			CESPEDES BECERRA RAUL ALBEIRO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CARRERA CUARTA # 9 - 32		RESTREPO-META		Exonerado SENA e ICBF No									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO		NOVEDADES					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Ingre	Ret	Des	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp	Imp
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Ciudad: RESTREPO Depto: META (1 Afiliados)																						
1	CC 1122647799	CESPEDES RAUL																				
Total Afiliados(1)																						

**CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA PARA LA DEPURACIÓN DE LA BASE
PARA EL CÁLCULO DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE ART. 383, 387, 388 ESTATUTO
TRIBUTARIO (ART. 1.2.4.1.6. Y SIGUIENTES DEL DECRETO 1625 DE 2016)**

Restrepo, Meta, 30 de diciembre de 2025

Señores

SECRETARIA DE HACIENDA

ALCALDIA MUNICIPAL

La ciudad

Con el fin de aportar la información necesaria, para la depuración de mis ingresos por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria para determinar la retención en la fuente aplicable, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que:

1. Que tengo a mi cargo los siguientes personas en calidad de dependientes:

Nombre y Apellido del Dependiente	Nº Documento de Identidad	Calidad de Dependiente
MARIAPAZ CESPEDES MORENO	1.230.341.463	HIJA

(Adjuntar registro civil, certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal, según corresponda)

2. Que mensualmente pago pólizas de salud a compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, planes adicionales de salud o servicios de medicina pre pagada a entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en beneficio mío y/o de mis dependientes, por valor de \$ _____0_____. **(Adjunto pago del mes).**

3. El valor de los aportes **mensuales** a Fondos de Pensiones Voluntarias en el Fondo _____ es de \$ _____ y/o el ahorro **mensual** que realizo en cuentas AFC y/o AVC en la entidad financiera _____ es de \$ _____0_____. **(Adjunto pago de los aportes del mes).**

4. Que mensualmente pago Intereses sobre préstamos de vivienda de habitación o costos financieros de leasing habitacional por valor de \$ _____0_____ en la entidad financiera _____. **(Adjunto pago del mes).**

5. Que de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023: Si ___ No ___ se tomarán costos o deducciones asociados a las de rentas percibidas con el Municipio de Restrepo.

6. Solicito al Municipio de Restrepo, realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de \$ _____80.000_____.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: RAUL ALBEIRO CESPEDES BECERRA

C.C.: 1.122.647.799 DE RESTREPO - META

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.230.341.463

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **54713549**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SALUDCOOP - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido CESPEDES Segundo Apellido MORENO

Nombre(s) MARIAPAZ

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 5 Mes N O V Día 1 9 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 52689032-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MORENO VINASCO ERIKA YESENIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.121.863.919 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CESPEDES BECERRA RAUL ALBEIRO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.122.647.799 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CESPEDES BECERRA RAUL ALBEIRO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.122.647.799 Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 5 Mes N O V Día 2 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ALICIA PINZON G-HENRY GARCIA ARIZ
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -