

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                                       |                           | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |                           |  |                  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|--|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA                  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 10140265                                          | NÚMERO PLANILLA:          |  | 4637822949       |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |  |                                       | JHON FREDY OSPINA LOAIZA  |                                                   | PERIODO COTIZACIÓN OTROS  |  | MES              |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | PEREIRA                               | DEPARTAMENTO:             | RISARALDA                                         | enero AÑO                 |  | 2026             |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | CL 20 6 30 OF 14 01 ED BANCO GANADERO | TELÉFONO:                 | 3353655                                           | DÍAS DE MORA:             |  | 0                |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE                      | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE                                   | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):  |  | 2026/01/05       |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                               | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | TIPO DE PLANILLA:         |  | I-INDEPENDIENTES |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                                 |                           |                                                   | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | 2026             |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                                       |                           | NO                                                | MES                       |  | enero AÑO        |
|                                                                           |  |                                       |                           |                                                   | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 9995310504       |